

Selvmedfølelsens relevans for terapeuter

Sunniva Olivia Rørvik og Rita Ringstad



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2014

Selvmedfølelsens relevans for terapeuter

- En undersøkelse av hvorvidt selvmedfølelse kan være en betydningsfull respons på sårbarhet hos terapeuten, hvorvidt selvmedfølelse kan bidra til økt adaptiv psykologisk fungering hos terapeuten samt hvordan vi kan forstå motstand mot selvmedfølelse hos terapeuten.

© Sunniva Olivia Rørvik og Rita Ringstad

2014

Selvmedfølelsens relevans for terapeuter

Forfattere: Sunniva Olivia Rørvik og Rita Ringstad

<http://www.duo.uio.no>

Sammendrag

Kandidater: Sunniva Olivia Rørvik og Rita Ringstad

Tittel: Selvmedfølelsens relevans for terapeuter

Veiledere: Unni T. Johns og Lene Berggraf

I denne oppgaven gjør vi en teoretisk undersøkelse av temaet ”Selvmedfølelsens relevans for terapeuter”. Dette velger vi å gjøre ved å undersøke og diskutere følgende problemstillinger:

- A) Kan selvmedfølelsen være en betydningsfull respons på sårbarhet hos terapeuten?
- B) Hvordan kan selvmedfølelse bidra til økt adaptiv psykologisk fungering hos terapeuten?
- C) Hvordan kan vi forstå motstand mot selvmedfølelse hos terapeuten?

Vi redegjør for begrepet selvmedfølelse innenfor et sosialpsykologisk-, et kognitivt- og et psykodynamisk perspektiv. Videre gir vi en oversikt over kvantitative og kvalitative studier, som viser at selvmedfølelsen har betydning for psykisk helse. Vi belyser hvordan terapeuten er underlagt det fellesmenneskelige vilkåret ”sårbarhet” samt at yrket byr på utfordringer som kan trigge den. Våre funn indikerer behov for selvivaretagelse hos terapeuter.

Ved undersøkelse av problemstilling A finner vi holdepunkt for at selvmedfølelse kan være en betydningsfull respons på sårbarhet og møte terapeutens behov for selvivaretagelse. Dette blir tydeliggjort gjennom å sammenligne den selvmedfølende responsen med sårbarhetsskam. Vi vurderer at sårbarhetsskam, i form av narsissisme, viser seg å være en mindre hensiktsmessig respons, sammenlignet med selvmedfølelse. Vi viser også at det å ikke erkjenne sin sårbarhet, frarøver terapeuten muligheten til å møte seg med selvmedfølelse. I tillegg viser undersøkelsen at terapeuten unndrar seg en rekke andre fordelaktige gevinster ved å avverge erkjennelsen av sårbarhet.

Ved undersøkelse av problemstilling B finner vi holdepunkt for at selvmedfølelse kan bidra til å øke terapeuters adaptive psykologiske fungering. Vi belyser funn som indikerer at selvmedfølelse kan gi bedret emosjonsregulering, være en buffer mot stress og utbrenthet samt imøtekomme tilknytningsproblematikk og gi bedret interpersonlig fungering. I tillegg viser vi funn på at selvmedfølelse kan gi økt adaptiv psykologisk fungering ved sin innvirkning på terapeutens empati og medfølelse for andre.

Ved undersøkelse av problemstilling C finner vi at det foreligger motstand mot selvmedfølelse blant terapeuter og at fenomenet kan forklares på flere måter. Vi finner at motstand mot selvmedfølelse kan forstås som frykt for positive følelser. I tillegg finner vi at rasjonalet bak affektfobibehandling samt tilknytningsperspektivet kan gi viktige forståelsesrammer for fenomenet.

Vi presenterer deretter en tentativ modell for sammenhengen mellom sårbarhet og adaptiv psykologisk fungering, hvor selvmedfølelse og motstand mot selvmedfølelse settes opp som medierende variabler. Vi presenterer et forslag til hvordan denne sammenhengen kan testes ut empirisk. I en oppsummerende diskusjon peker vi på implikasjoner våre funn kan ha for den enkelte terapeut, psykologutdanningen og terapeutkulturer. Ut fra vår undersøkelse hevder vi at det vil være tjenlig at selvmedfølelsen får innpass på de respektive nivåene.

Abstract

Candidates: Sunniva Olivia Rørvik and Rita Ringstad

Title: The relevance of self-compassion for therapists

Supervisors: Unni T. Johns and Lene Berggraf

The aim of this thesis is to conduct a theoretical investigation of the topic ” The relevance of self-compassion for therapists”. We do this by investigating and discussing the following issues: A) Can self-compassion be a significant response to the therapist’s vulnerability? B) Can self-compassion contribute to an increase in the therapist’s adaptive psychological functioning? C) How can we understand the therapist’s resistance against self-compassion?

We define self-compassion within a social psychological-, cognitive -and psychodynamic perspective. Next we provide an overview of several quantitative and qualitative studies indicating that self-compassion can be of importance to mental health. We also present studies that highlight the therapist’s vulnerability, and show how professional challenges may trigger it. Our findings indicate the need for the therapist’s self-care.

Investigating issue A, we find that developing self-compassion can be a significant response to vulnerability, and may meet the therapist’s need for self-care. This becomes more evident by comparing the self-compassionate response to what literature describes as *vulnerability shame*. In our thesis we find self-compassion to be a more appropriate response to vulnerability than vulnerability shame, and especially in terms of narcissism. Our investigation reveals several benefits when the therapist acknowledges his or her vulnerability.

Investigating issue B, we find evidence of self-compassion contributing to an increase in the adaptive psychological functioning in the therapist. Our findings indicate that self-compassion is helpful when considering problems with emotional regulation, and can function as a buffer against stress and burnout. We also find studies indicating self-compassion to be helpful in alleviating attachment problems and increasing interpersonal functioning. In addition we find that self-compassion can further increase adaptive psychological functioning, when considering its impact on empathy and compassion for others.

Investigating issue C, we find resistance against self-compassion existing amongst therapists. We find that fear of positive emotions is one way to understand resistance against self-compassion. In addition we find the affect phobia treatment model and the attachment perspective to be important frameworks for understanding resistance against self-compassion.

We propose a tentative model of the relationship between the therapist's vulnerability and adaptive psychological functioning, with self-compassion and resistance against self-compassion as mediating variables. We also explain how this relationship can be tested empirically.

In the final section we discuss the implications our findings may have for the individual therapist and the education program of psychologists, as well as therapist cultures. On the basis of this thesis, we recommend an increased focus on self-compassion at these respective levels.

*“For someone to develop genuine compassion towards others,
first he or she must have a basis upon which to cultivate compassion, and that
basis is the ability to connect to one’s own feelings and to care for one’s own
welfare...Caring for others requires caring for oneself.”*

Tenzin Gyatso, the 14th Dalai Lama

(<http://www.dalailama.com/teachings/training-the-mind/verse-7>)

Forord

Ved utforming av denne oppgaven ble det viktig for oss å fokusere på et tema med klinisk nytteverdi. Vi ønsket å fordype oss i noe som kunne gi vekst og glede utover hele yrkeskarrieren som psykolog. I løpet av skriveperioden har vårt tema selvmedfølelse vist seg å være enda viktigere enn vi først trodde.

Siden 2009 har vi begge deltatt i en intervensjonsgruppe i OT-studien (Oppmerksomhets-Trening) ledet av forsker Michael De Vibe. Under deltakelse i dette forskningsprosjektet, ble det klart for oss at terapeuter er i en risikogruppe med tanke på stressrelaterte lidelser. Med sitt vennlige og varme vesen, har De Vibe instruert oss i Mindfulness, en sentral metode for selvivaretakelse. Dette ble for oss et inspirerende innblikk i et landskap med ressurser for selvivaretakelse.

Det har vært svært berikende å arbeide med vårt tema samt å kunne få gjøre et dypdykk i litteraturen på selvmedfølelse. Det å være to i denne prosessen har vært fruktbart, da våre personlige refleksjoner til sammen har ført tankene lenger og bidratt til et bedre sluttprodukt. I arbeidet med denne oppgaven har egne erfaringer og refleksjoner omkring våre egne prosesser med selvmedfølelse, bidratt til egenutvikling. Dette har gitt oss ytterligere glede i skriveprosessen samt gitt oss opplevelsen av å kunne ta med oss noe videre, noe som har festet seg godt på innsiden og ikke bare på papiret.

Vi ønsker først og fremst å rette en stor takk til våre to veiledere: Psykologspesialist og universitetslektor Unni Tanum Johns ved UiO, og Lene Berggraf, forsker og psykolog ved Modum Bad. Det har betydd mye for oss å bli møtt med deres varme, støtte og oppmuntring. For oss har våre veiledere blitt viktige representanter for en selvmedfølende holdning.

Tusen takk til Michael De Vibe for svært inspirerende samtaler og entusiasme for prosjektet vårt. Vi vil også takke Hanne Strømme for relevante kliniske refleksjoner, litteraturbidrag og samtaler om temaet. Takk også til Helge Rønnestad for samtale om terapeututvikling og bidrag med litteratur ved oppstart av skriveprosessen.

Vi er svært takknemlige for alle som har støttet og hjulpet oss i skriveprosessen, og vi vil gjerne her trekke frem Anders Båtstrand, Jørund Almås, Marit Pettersen, Ingunn Rørvik og Ingunn Skaar.

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Problemstilling	3
Metode	3
Avgrensning	4
Del 1: Selvmedfølelse	5
Selvmedfølelse i et sosialpsykologisk perspektiv	5
Bakgrunn	5
Definisjon	6
Distinksjoner	7
Selvmedfølelse innenfor kognitiv atferdsterapi	9
Selvmedfølelse innenfor dynamisk korttidsterapi	10
Forskning på selvmedfølelse	10
Kvantitative studier	11
Kvalitative studier	13
Diskusjon og problematisering	14
Begrepsvaliditet	14
Virksomme faktorer	15
Måleinstrumenter	16
Forskningsmetoder	17
Oppsummering	18
Del 2: Terapeuten som det sårbare menneske	19
Begrepet sårbarhet	19
Eksistensiell sårbarhet	20
Sårbarhet hos terapeuter	21
Hva kan aktivere vår sårbarhet?	22
Terapeutens utfordringer	23
Betydningen av individuelle reaksjoner på utfordringer	27
Terapeutens behov for selvivaretagelse	27
Terapeutens neglekt av egne behov	27
Del 3: Undersøkelse av selvmedfølelsens relevans for terapeuter	29
A) Kan selvmedfølelsen være en betydningsfull respons på sårbarhet hos terapeuten?	29
Selvmedfølelse som respons på sårbarhet	29
Betydningen av at terapeuten erkjenner sin sårbarhet	32
"God nok terapeut" - Selvmedfølelsens filosofi?	34
Selvmedfølelse og sårbarhetsskam	35
Diskusjon	38
B) Kan selvmedfølelse bidra til adaptiv psykologisk fungering hos terapeuter?	39
Emosjonsregulering	39
Utbrenthet og stress	42
"Omsorgssyklusen" og terapeutens tilknytning	46
Empati og medfølelse for andre	49
Diskusjon	49
C) Hvordan kan vi forstå motstand mot selvmedfølelse hos terapeuten?	51
Begrepet motstand i et psykodynamisk perspektiv	51
Motstand forstått som frykt for positive følelser	52
Tilknytningens betydning for motstand mot selvmedfølelse	54

Diskusjon	57
Oppsummerende modell	59
Modell	59
Forslag til empirisk uttesting	60
Deltagere	60
Måleinstrument	60
Analyse	61
Problematisering	62
Oppsummerende diskusjon	63
1. Implikasjoner for den enkelte terapeut	63
2. Implikasjoner for psykologutdanningen	64
Studieprogrammet	64
Selvmedfølelse - en profesjonell plikt?	65
Flinkhet	65
3. Implikasjoner for terapeutkulturer	67
”A cure through love”	67
Affektfobis innvirkning på terapeutkulturen	67
Avslutning	69
Litteraturliste	71

Tabell 1: En oversikt over et utvalg av selvmedfølelsens korrelater	11
Tabell 2: Intervensjoner som har sammenheng med økt selvmedfølelse.....	13
Tabell 3: Kvalitative studier som tematiserer selvmedfølelse hos terapeuter/studentterapeuter	14
Figur 1: Konflikttriangel vedrørende fobi mot selvmedfølelse.....	53
Figur 2: Konflikt- og persontriangel som viser hvordan forsvar og angst kan blokkere følelser	57
Figur 3a: Den tentative sammenhengen mellom terapeutens sårbarhet og adaptive psykologiske fungering.....	59
Figur 3b: Multippel mediatormodell som viser sammenhengen mellom terapeutens sårbarhet og adaptive psykologiske fungering, der selvmedfølelse og motstand mot selvmedfølelse er mediatorer.....	59

Innledning

.. konfrontert med egen sårbarhet ble jeg fylt av skam. Han påpekte: "Det er som om du ikke har noe som kan komme deg til unnsetning"...

- fra egenerapi

Denne oppgaven skrives med et ønske om å belyse et tema som APA (American Psychological Association) i sine retningslinjer anno 2010 uthever:

"When psychologists become aware of personal problems that may interfere with their performing work-related duties adequately, they take appropriate measures, such as obtaining professional consultation or assistance..."(APA, 2010). Dette impliserer at psykologer har en yrkesetisk forpliktelse til å bli bevisst på og imøtekomme egen sårbarhet og personlige utfordringer.

Litteratur og forskning har de siste årene vist at psykoterapeuter har plager i form av psykiske symptomer og utbrenthet (Hannigan, Edwards, & Burnard, 2004). Yngre og ferske helsearbeidere ser ut til å være særlig risikoutsatt (Skovholt & Rønnestad, 2003). Spørreundersøkelser blant studentterapeuter viser at mellom 25 % og 41 % rapporterer signifikante vansker med angst, depresjon, lav selvfølelse eller strev med arbeidstilpasning (Brooks, Holtum, & Lavender, 2002; Kuyken, Peters, Power, & Lavender, 1998). Dette mener vi er funn som peker mot at terapeuter har behov for selvivaretakelse. Litteraturen beskriver imidlertid at det er mangelfull selvivaretakelse hos terapeuter (Figley, 2002; Skovholt & Trotter-Mathison, 2011; Williams & Sommer Jr., 1995).

Yalom (2009) skriver at terapeutens mest verdifulle instrument er terapeuten selv, og at terapeuten må være oppmerksom på og utvikle indre styrke til å takle de vanskelige yrkesmessige utfordringene. I terapeutyrket er omsorg for andre i fokus, men som Dalai Lama påpeker; "If you have no compassion for yourself, then you are not able to develop compassion for others" (Lama & Cutler, 1998). Forskning på virksomme komponenter i psykoterapi tyder på at terapeutens personlige kvaliteter kan forklare en betydelig andel av variansen i terapiutfall (Lutz, Leon, Martinovich, Lyons, & Stiles, 2007; Wampold & Brown, 2005). Dette understreker hvor nødvendig det er at terapeuten er seg bevisst sin egen fungering.

I tråd med økt bevissthet om terapeuters behov for selvivaretakelse, har man blant annet blitt inspirert av buddhistisk praksis. Eksempler på slik buddhistisk inspirert praksis er meditasjon, mindfulness, yoga, oppmerksomhetstrening og selvmedfølelse (Patsiopoulos & Buchanan, 2011; Shapiro, Brown, & Biegel, 2007; Valente & Marotta, 2005). I denne oppgaven vil vi imidlertid undersøke og beskrive selvmedfølelse som metode for selvivaretakelse.

Selvmedfølelse har nylig blitt gjenstand for forskning i psykologien. Selvmedfølelse innebærer å ha en varm, støttende holdning overfor seg selv, å være oppmerksomt til stede med egne tanker og følelser samt å ha en opplevelse av at man er en del av et menneskelig fellesskap (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2003a).

De senere årene har det vært igangsatt forskning for å undersøke virkningen av å være selvmedfølelse. Funn viser at høy grad av selvmedfølelse er korrelert med bedre stresshåndtering (Allen & Leary, 2010), en mer stabil følelse av verdi (Neff & Vonk, 2009), samt bedre psykologisk fungering (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). Forskning viser også at selvmedfølelse korrelerer med reduserte symptomer på angst og depresjon (MacBeth & Gumley, 2012). Nylig har det også blitt forsket på metoder og virksomme intervensjoner som spesifikt kan fremme selvmedfølelse. Det er blant annet vist at mindfulness-trening (Shapiro et al., 2007) og Mindful Self-Compassion-trening (Neff & Germer, 2013) kan påvirke grad av selvmedfølelse. Den økende interessen for forskning på selvmedfølelse kommer blant annet til uttrykk ved opprettelse av "The Center For Compassion And Altruism Research And Education" ved Stanford University. Det foreligger med andre ord en teoretisk og forskningsmessig økt interesse og satsning på selvmedfølelsesbegrepet. Denne satsningen, sammen med APA sin prinsipperklæring, danner et utgangspunkt for å utforske selvmedfølelsens potensiale som selvivaretakelsesmetode for terapeuter.

Barnett et al. (2007) hevder at mange psykologer unnlater å imøtekomme sine behov for selvivaretakelse. Dette til tross for det yrkesetiske ansvaret man har for å unngå utbrenthet og negative konsekvenser for det kliniske arbeidet. Man kan stille spørsmål ved om dette er den enkelte terapeut sitt ansvar, eller om det er et ansvar for profesjonsstanden på systemnivå (ibid). På profesjonsstudiet i psykologi har vi erfart at det fokuseres lite på terapeutens egen sårbarhet og selvivaretakelse, noe som reflekteres både i undervisning og i pensum. Kanskje er det også slik at det på noen arbeidsplasser foreligger en kultur på å neglisjere selvivaretakelse? Derfor mener vi at det er relevant å undersøke hvorvidt selvmedfølelsen bør

få mer plass i akademia og under terapeutens yrkesutøvelse. Vår hypotese er at selvmedfølelse kan være ”noe som kan komme en til unnsetning” i møte med egen sårbarhet.

Problemstilling

For å belyse temaet ”Selvmedfølelsens relevans for terapeuter”, vil vi undersøke og diskutere følgende tre problemstillinger.

- A) Kan selvmedfølelsen være en betydningsfull respons på sårbarhet hos terapeuten?
- B) Hvordan kan selvmedfølelse bidra til økt adaptiv psykologisk fungering hos terapeuten?
- C) Hvordan kan vi forstå motstand mot selvmedfølelse hos terapeuten?

I del 1 av oppgaven vil vi redegjøre for begrepet selvmedfølelse. Vi vil legge hovedvekt på selvmedfølelse som definert av Kristin Neff innenfor et sosialpsykologisk perspektiv. Vi vil i tillegg vise hvordan selvmedfølelse defineres innenfor et kognitivt og et psykodynamisk perspektiv. I denne delen vil vi også gi en oversikt over kvantitative og kvalitative studier som viser selvmedfølelsens betydning for psykisk helse. I del 2 vil vi gi figur til terapeuten som det sårbare mennesket, og belyse funn som indikerer behov for selvivaretagelse hos terapeuter. I del 3 vil vi undersøke og diskutere om selvmedfølelsen kan være en betydningsfull respons på sårbarhet hos terapeuter, hvordan selvmedfølelse kan bidra til adaptiv psykologisk fungering hos terapeuten samt hvordan vi kan forstå motstand mot selvmedfølelse hos terapeuten. Til slutt vil vi presentere en tentativ modell for sammenhengen mellom sårbarhet og adaptiv psykologisk fungering, der selvmedfølelse og motstand mot selvmedfølelse er medierende variabler. Vi vil også komme med et forslag til hvordan denne sammenhengen kan testes ut empirisk. I en oppsummerende diskusjon vil vi redegjøre for mulige implikasjoner som våre funn kan ha for den enkelte terapeut, psykologutdanningen og terapeutkulturer.

Metode

For å besvare problemstillingene våre har vi valgt å gjøre en teoretisk undersøkelse. Vi har i hovedsak funnet litteratur ved å søke i databasene PsycINFO, PubMed, Google Scholar samt BIBSYS.

Begrepet selvmedfølelse ble introdusert i akademia for omlag 10 år siden, og det foreligger nå en økende mengde litteratur som belyser begrepets validitet og relevans. Ettersom forskningsfeltet er ungt, gjenstår det fortsatt mange sammenhenger å avdekke. Vår oppgave foreligger i en eksplorerende form, som tar sikte på å vise tentative sammenhenger og løfte frem forskningsspørsmål som kan være av interesse å undersøke i fremtidig forskning. Vi vurderer at vi har funnet nok relevant litteratur til å ha belegg for dette.

Resultatet fra vår undersøkelse har vi samlet i en tentativ modell, som vi foreslår kan testes ut ved hjelp av et korrelasjonsdesign. I denne delen vil vi også vise en kort metodisk gjennomgang på hvordan dette kan gjøres i praksis.

Avgrensning

Et sentralt og viktig tema i diskusjonen om selvmedfølelsens relevans for terapeuter, er hvorvidt terapeutens selvmedfølelse kan påvirke kapasiteten til medfølelse for sine pasienter. Denne sammenhengen er blant annet belyst av Vivino, Thompson, Hill og Ladany (2009). Argumentasjonen for at selvmedfølelse hos terapeuten er betydningsfull, får ytterligere tyngde dersom man trekker inn kliniske implikasjoner. Betydningen terapeutens selvmedfølelse kan ha for pasienten, har vi imidlertid valgt å kun gi en underordnet plass i oppgaven. Vi vil i hovedsak utforske selvmedfølelsens betydning for terapeuten, da vi anser dette som mindre utforsket.

Del 1: Selvmedfølelse

I denne delen vil vi først beskrive selvmedfølelse som definert innenfor et sosialpsykologisk perspektiv, der Kristin Neff er en sentral forsker. I denne forbindelse vil vi også belyse noen sentrale distinksjoner fra selvmedfølelse. Vi vil i tillegg vise hvordan selvmedfølelse forstås innenfor kognitiv atferdsterapi og dynamisk korttidsterapi, der henholdsvis Paul Gilbert og Leigh McCullough er sentrale bidragsyttere. Videre vil vi belyse kvantitativ og kvalitativ forskning på selvmedfølelse, før vi peker på og diskuterer noen begrensninger ved begrepet og forskningen som foreligger.

Selvmedfølelse i et sosialpsykologisk perspektiv

Bakgrunn

For å se på bakgrunnen til begrepet selvmedfølelse, vil vi starte med å se nærmere på begrepet *medfølelse*. Medfølelse har sin etymologiske opprinnelse fra latin, ”*compati*”, (Compassion, Online Etymology Dictionary, 2014) og betyr ”å lide sammen”. Den latinske betydningen impliserer en involvering og deltagelse i den andres lidelse. Dette aspektet er i overensstemmelse med blant annet Kristin Neff sin definisjon av medfølelse. Ifølge henne innebærer medfølelse at man gjenkjenner og åpner seg for den andres lidelse, samt gir rom for en følelse av godhet og et ønske om å lindre den andres smerte (Neff, 2012). Medfølelse innebærer også å innta en ikke-dømmende holdning til den andres situasjon, samt å gjenkjenne at vi alle deler samme menneskelige grunnvilkår; vår sårbarhet og feilbarlighet (Neff, 2012).

Neff skriver at inspirasjonen til begrepet selvmedfølelse er hentet fra buddhistisk litteratur (Neff, 2003a). Begrepet er et resultat av en idéutveksling som i økende grad foregår mellom buddhistisk og vestlig psykologi (Wallace & Shapiro, 2006). I buddhismen skilles det ikke mellom medfølelse for seg selv og den rettet mot andre; det tibetanske begrepet for medfølelse, *thewa*, innbefatter begge (Lama & Cutler, 1998; Neff, 2003a). Den manglende distinksjonen kan tilbakeføres til buddhismens prinsipper om ”ikke-selv”. Ifølge buddhismen er opplevelsen av å ha et separat selv en illusjon som bidrar til å skape og opprettholde lidelse (Ho, 1995). Buddhistiske tenkere har utviklet en rekke mentale øvelser for trening av sinnet, med den hensikt å overkomme selvets illusjon, oppøve medfølelse og lindre lidelse (Ho, 1995; Lama & Cutler, 1998).

Neff (2003a) har i tråd med buddhistisk tankegang utviklet begrepet selvmedfølelse som legger vekt på at en sunn selvholdning nettopp kan utvikles ved å nedtone fokuset på det separate selvet. Begrepet ble introdusert i akademia i 2003, og det har til nå blitt utgitt et hundretalls artikler som gir støtte til selvmedfølelsen som et selvstendig begrep med en rekke positive helsegevinster (Leary, Tate, Adams, Batts Allen, & Hancock, 2007; MacBeth & Gumley, 2012; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff, 2003b).

Definisjon

Neff sitt selvmedfølelsesbegrep består av tre komponenter; godhet mot selv, felles menneskelighet og ”mindfulness” (Neff, 2003a), som vi straks vil definere. De tre komponentene i selvmedfølelsesbegrepet anses å være overlappende og å utøve gjensidig påvirkning på hverandre.

I forlengelsen av arbeidet med å operasjonalisere selvmedfølelse, har Neff utarbeidet og validert en skala, Self-Compassion Scale (SCS), som brukes til å måle grad av selvmedfølelse (Neff, 2003a, 2003b). Seks faktorer inngår i skalaen, tre positive; godhet mot selv, fellesmenneskelighet og mindfulness, og tre negative; selvfordømmelse, isolasjonsfølelse og overidentifikasjon/unngåelse. Skåren på disse seks faktorene bestemmer det totale nivået av selvmedfølelse. Skalaen blir mye brukt i forskningen som utføres på selvmedfølelse i dag, og benyttes i både kliniske og sosialpsykologiske studier (Barnard & Curry, 2011).

Vi vil i følgende avsnitt utdype komponentene som per i dag inngår i selvmedfølelsesbegrepet.

a) Godhet mot seg selv versus selvfordømmelse

Å være selvmedfølende innebærer å møte seg selv med godhet, varme og forståelse i stedet for selvkritikk og fordømmelse når man konfronteres med smertefulle erfaringer og egen tilkortkommenhet. Ofte innfris ikke våre forventninger til livet, og vi erfarer at våre idealbilder er uoppnåelige, en innsikt som kan vekke smerte og frustrasjon. Ved å akseptere dette som realiteter uløselig knyttet til menneskets eksistens, kan vi skape rom for forståelse og omsorg. Dette kan bidra til at motgangen vi opplever blir lettere å håndtere (Neff, 2003a, 2008, 2012).

b) Fellesmenneskelighet versus isolasjon

En grunnantagelse er at lidelse er noe alle mennesker erfarer, og at vi alle vil være utilstrekkelige og feilbarlige i noen situasjoner. Dette er fellesmenneskelige vilkår, og det Neff kaller for "common humanity". Å være selvmedfølende innebærer å ta dette perspektivet, og slik normalisere opplevelsen og anerkjenne at man er en del av et større fellesskap. I tillegg vil ofte skam over egen tilkortkommenhet reduseres når man minner seg om at man ikke er alene i sin feilbarlighet. Når følelsen av isolasjon inntreffer, derimot, har man ofte irrasjonelle tanker om at det er "kun meg" som har det så vanskelig. Dette tunnelsynet kan forverre lidelsen, fordi vi glemmer at det å feile og å være sårbar faktisk er normalt og fellesmenneskelig (Neff, 2003a, 2008, 2012).

c) Mindfulness versus unngåelse eller overidentifikasjon

Mindfulness innebærer å rette oppmerksomhet mot sinnets innhold med en holdning av nysgjerrighet, åpenhet og aksept, uten å undertrykke, dømme eller fortrenge det som oppstår (Bishop et al., 2004; Neff, 2012). Å innta en mindful holdning står i motsetning til overidentifikasjon med og unngåelse av sinnets innhold. Overidentifikasjon er når fokuset snevres, og man fanges i et mønster av selvanklager og grubling i møte med smertefulle følelser. En slik fastlåsthet kan øke opplevelsen av isolasjon og ensomhet. Ved unngåelse undertrykkes derimot sinnets innhold, slik at viktig informasjon som kunne bidratt til vekst og innsikt, blir utilgjengelig for oss. En mindful holdning er en viktig forutsetning for selvmedfølelse, den hjelper oss til å oppdage smerte og gi rom for større klarhet og emosjonell likevekt (Neff, 2003a, 2008, 2012).

Distinksjoner

I denne seksjonen vil vi først ta for oss forskjellen mellom selvmedfølelse og selvtillit, som i følge Neff (2003a) har en sentral plass i forståelsen av selvmedfølelsesbegrepet. Vi vil videre vise hvordan selvmedfølelse skiller seg fra fenomener som egoisme, passivitet og selvmedlidenhet, som kan være vanlige misoppfatninger knyttet til selvmedfølelsesbegrepet (Neff, 2003a).

Selvmedfølelse og selvtillit

Selvtillit, ofte definert som positiv eller negativ evaluering av seg selv (Rosenberg, 1965), har lenge vært et vanlig mål på psykisk helse (Neff, 2003a). Forskning viser at høy selvtillit

korrelerer med blant annet økt opplevelse av lykke og personlig initiativ (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003). De senere år har imidlertid forskere problematisert selvtillit som mål på psykisk helse, og det har blitt dokumentert at høy selvtillit er knyttet til flere negative effekter, deriblant narsissisme, selvopptatthet, fordommer og mangel på omtanke for andre (Neff et al., 2007; Neff, 2003a).

Flere studier har vist at selvmedfølelse og selvtillit korrelerer, men at selvmedfølelse har diskriminerende validitet fra selvtillit (Leary et al., 2007; Neff, 2003a). Neff argumenterer for at selvmedfølelse og selvtillit deler opplevelsen av positive følelser overfor seg selv, men at de representerer kvalitativt forskjellige måter å forholde seg til seg selv på (Neff & Vonk, 2009; Neff, 2003a). Høy selvtillit er basert på positiv selvevaluering, og innlemmer ofte følelser av å være spesiell. I kontrast til dette er selvmedfølelse ikke basert på evaluering av seg selv; både positive og negative sider kan aksepteres. I tillegg vil en selvmedfølende person være mer opptatt av se likhet med andre, enn å føle seg spesiell og unik (Neff & Vonk, 2009).

Neff (2009; 2003a) argumenterer med bakgrunn i dette for at selvmedfølelse er en alternativ og sunnere holdning til seg selv. Hun får støtte fra andre forskere som viser til at selvmedfølelse kan være tilgjengelig nettopp i situasjoner der man feiler og selvtilliten svikter (Leary et al., 2007).

Andre distinksjoner

Egoisme og selvopptatthet

Egoisme skiller seg fra selvmedfølelse ved fravær av et fellesmenneskelig perspektiv. Egoisme impliserer at man setter seg i en særstilling, noe selvmedfølelse ikke handler om. Selvmedfølelse handler tvert imot om å se at man er likestilt med andre. Fokus på selvmedfølelse antas å fostre holdninger av tilgivelse, samhørighet og godhet også for andre, og foreløpige studier gir støtte til denne antagelsen (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2003a).

Passivitet

Neff skriver at selvmedfølelse ikke handler om passivitet i form av for eksempel regresjon eller trøstespising i møte med egen feilbarlighet, men tvert imot å se sine feil og aktivt forholde seg til dem. Å møte seg selv med godhet kan gi motivasjon til å gjøre nødvendige endringer i tråd med en positiv og sunn selvutvikling (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2003a).

Selvmedlidenhet

Selvmedlidenhet oppstår når man ikke klarer å sette sine smertefulle erfaringer i perspektiv, og dermed føler seg alene om å oppleve lidelse og motgang. I denne posisjonen er man tilbøyelig til å overidentifisere seg med og overdrive betydningen av egen lidelse, og slik risikere å innhyles i egosentrisme og motløshet. I motsetning til selvmedlidenhet innebærer selvmedfølelse nettopp å løfte blikket fra egen smerte, og søke støtte og fellesskap i erkjennelsen av at ens erfaringer er delt med andre mennesker (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2003a).

Vi har nå presentert selvmedfølelse som definert av Neff. Vi vil videre kort redegjøre for to andre relevante definisjoner av selvmedfølelse.

Selvmedfølelse innenfor kognitiv atferdsterapi

Innenfor en kognitiv tilnærming har Paul Gilbert og hans kolleger utviklet Compassion Focused Therapy (CFT) (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert, 2005, 2009). Dette er en del av den kognitive atferdsterapiens ”third wave” (Hayes, 2004; MacBeth & Gumley, 2012). Terapiformen henter sitt grunnlag fra blant annet evolusjonsteori, nevrofysiologi, kognitiv terapi og buddhisme, og har blitt spesielt utviklet for å hjelpe pasienter som strever med skam- og selvkritikkspromblematikk (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert, 2005). Disse pasientene oppgir ofte høy grad av fiendtlighet og forakt overfor seg selv, samt manglende evne til å generere positive følelser som varme, omsorg og kjærlighet overfor seg selv (Gilbert & Procter, 2006). Ved hjelp av det de kaller ”Compassionate Mind training”, som inngår i CFT, forsøker de å hjelpe pasienter til å utvikle større grad av selvmedfølelse.

Deres definisjon av selvmedfølelse har sin bakgrunn i menneskets medfødte evne til å gi omsorg til andre; en antatt evolusjonsforankret egenskap som skal sikre overlevelse og velstand (Gilbert, 2005). En hypotese i CFT er at den omsorg og medfølelse som rettes mot en selv, på samme måte som den som kommer fra andre, kan aktivere følelser av ro, trygghet og tilhørighet (Gilbert, 2009). Med bakgrunn i dette perspektivet presenteres selvmedfølelse som en kompetanse i selv-til-selv-relatering. Denne kompetansen innebærer å utvikle genuin omtanke for eget vel, å lære å bli sensitiv, sympatisk og tolerant over for eget stress, å utvikle dyp forståelse (empati) for årsakene og opphavet til det vanskelige, å være ikke-dømmende og ikke-kritisk samt å møte seg selv med en varm holdning (Gilbert & Procter, 2006).

Selvmedfølelse innenfor dynamisk korttidsterapi

Innenfor tradisjonen av dynamisk korttidsterapi har Leigh McCullough og kolleger utviklet en terapimodell kalt affektfokusert dynamisk korttidsterapi (ADT) (McCullough, Kuhn, Andrews, Kaplan, et al., 2003). ADT har en dynamisk grunnforankring, og har i tillegg integrert elementer fra blant annet kognitiv atferdsterapi, gestaltterapi samt interpersonlige teknikker (McCullough & Andrews, 2001; McCullough & Magill, 2009).

Et viktig mål i ADT er å hjelpe pasienter til å utvikle større grad av selvmedfølelse (Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg, & Nielsen, 2011). I ADT forsøker man å såkalt restrukturere "sense of self", noe som innebærer å endre negative oppfatninger av seg selv gjennom å etablere kontakt med tidligere fobisk unngåtte positive følelser overfor seg selv (McCullough et al., 2003). Man har gjennom empirisk testing av teorien funnet at økt tilgang til adaptive affekter i ADT er relatert til en mer selvmedfølende opplevelse av seg selv (sense of self), noe som videre kan forbedre spesifikke relasjonelle vansker (Berggraf et al., 2014; Berggraf, Ulvenes, Hoffart, McCullough, & Wampold, 2013). I begrepet adaptive affekter inkluderes også evne til å føle og uttrykke sorg/tristhet og selvhevdelse/sinne som i ADT anses å være sentralt for å kunne ivareta seg selv på en god måte (McCullough et al., 2003).

Mer spesifikt er selvmedfølelse ifølge McCullough & Thornes (2007) å ha "ubetinget, helhjertet positiv aktelse og kjærlig omtanke for seg selv. Selvmedfølelse innebærer aksept av alt som er i oss; våre styrker og prestasjoner så vel som våre feil og mangler" (McCullough & Thornes, 2007, s. 36, vår oversettelse). Selvmedfølelse hjelper oss til å erkjenne at vi ikke er perfekte og at livet kan være strevsomt, en erfaring som er fellesmenneskelig (McCullough & Thornes, 2007).

Forskning på selvmedfølelse

Vi har nå fått en oversikt over selvmedfølelsesbegrepet. Videre i oppgaven vil vi legge frem et utvalg av kvantitativ og kvalitativ forskning som er utført på selvmedfølelsen. I en senere undersøkelse vil vi utdype og diskutere hvilken betydning disse funnene kan ha for terapeuter.

Kvantitative studier

Korrelasjonsstudier

Et at de mest robuste funnene knyttet til selvmedfølelse, er dens negative korrelasjon med psykopatologimarkører som angst og depresjon (Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig, & Holtforth, 2013; MacBeth & Gumley, 2012; Raes, 2011; Werner et al., 2012). Forskning på forholdet mellom selvmedfølelse og angst/depresjon, indikerer at forholdet medieres av henholdsvis bekymring og grubling (Raes, 2010). Dette er i tråd med flere funn som viser at selvmedfølelse kan ha en beskyttende effekt på uhensiktsmessig kognisjon som grubling, unngåelse og tankeundertrykkelse (Neff et al., 2007; Neff, 2003a; Raes, 2010). Det er vist at selvmedfølelse er assosiert med mindre grad av selvkritikk og nevrotisk perfektjonisme (Neff, 2003a), mindre grad av utbrenthet (Amrani, 2010; Ringenbach, 2009) og mindre grad av stress (Arch et al., 2014; MacBeth & Gumley, 2012).

Flere variabler som har positiv korrelasjon til selvmedfølelse er også funnet. Forskere har for eksempel vist en positiv samvariasjon mellom selvmedfølelse og velvære (Hall, Row, Wuensch, & Godley, 2013; Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009; Neff, 2011; Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011), og det er også vist at selvmedfølelse er positivt korrelert med lykke, optimisme og positive følelser (Neff et al., 2007; Neff & Vonk, 2009). Andre positive korrelater som er assosiert med selvmedfølelse, er positiv helseatferd som røykekutt og trening (Kelly, Zuroff, Foa, & Gilbert, 2010; Terry & Leary, 2011), stabil følelse av verdi (Neff & Vonk, 2009), positive mestringsstrategier (Allen & Leary, 2010), kreativitet (Zabelina & Robinson, 2010) samt trygg tilknytning og lavere grad av tilknytningsangst (Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011; Neff & McGehee, 2010). Et utvalg av selvmedfølelsens korrelater er samlet i tabell 1.

Tabell 1: En oversikt over et utvalg av selvmedfølelsens korrelater

Negative korrelater til selvmedfølelse	Dokumentasjon
Angst- og depresjonssymptomer	Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig, & Holtforth., 2013; MacBeth & Gumley, 2012; Raes, 2011; Werner et al., 2012
Grubling, bekymring, unngåelse og undertrykkelse av tanker	Neff et al., 2007; Neff, 2003a; Raes, 2010
Stress	Arch et al., 2014; MacBeth & Gumley, 2012
Utbrenthet	Amrani, 2010*, Ringenbach, 2009*
Tilknytningsangst	Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011; Neff & McGehee, 2010

Selvkritikk/nevrotisme	Neff, 2003a
Positive korrelater til selvmedfølelse	Dokumentasjon
Velvære	Hall, Row, Wuensch, & Godley, 2013; Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009; Neff, 2011; Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011
Lykke, optimisme og positive følelser	Neff, Kirkpatrick, et al., 2007; Neff & Vonk, 2009
Stabil følelse av verdi	Neff & Vonk, 2009
Positive mestringsstrategier	Allen & Leary, 2010
Trygg tilknytning	Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011; Neff & McGehee, 2010
Kreativitet	Zabelina & Robinson, 2010
Positiv helseatferd	Kelly, Zuroff, Foa, & Gilbert, 2010; Terry & Leary, 2011
*doktorgradsavhandlinger	

Intervensjonsstudier

En økende mengde forskning har vist at selvmedfølelse korrelerer med psykologisk fungering. Derfor har det også blitt utviklet intervensjonsstudier som har til hensikt å undersøke om selvmedfølelse kan økes, og om en eventuell økning kan ha en positiv innvirkning på psykologisk fungering (Barnard & Curry, 2011). Vi vil her presentere noen av intervensjonsstudiene som foreligger.

MBSR (mindfulness-based stress reduction program) er et veletablert program for stressreduksjon utviklet av Kabat-Zinn og kolleger ved University of Massachusetts Medical center (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). Dette programmet blir brukt i en rekke mindfulnessbaserte undersøkelser. Flere studier har vist at programmet er assosiert med en økning i selvmedfølelse (Birnie, Speca, & Carlson, 2010; Newsome et al., 2012; Shapiro et al., 2005, 2007).

Neff og Germer har utviklet et program de kaller Mindful Self-Compassion, et program som tilsvarende MBSR, men hvor øvelsene er spesielt utviklet for å fremme selvmedfølelse. To foreløpige studier utført med dette programmet, viser at selvmedfølelse økes i signifikant høyere grad enn ved tilsvarende studier som har brukt MBSR-programmet (Neff & Germer, 2013).

Ved Stanford University har en gruppe forskere etablert Compassion Cultivating Training (CCT), designet for å øke selvmedfølelse, medfølelse for andre samt evnen til å motta medfølelse fra andre. Det er antatt at dette er tre ulike fasetter ved medfølelse, som blir målt ved bruk av ulike måleskalaer (Jazaieri et al., 2013).

I en studie av Jazaieri et al. (2013) ble det funnet en økning i selvmedfølelse hos deltagerne som var i CCT-gruppen. En annen studie fra samme forskningsgruppe viste at CCT også resulterte i økt grad av mindfulness og lykke samt reduksjon i bekymring og undertrykkelse av følelser (Jazaieri et al., 2014).

Disse studiene samt noen flere intervensjoner som har vist sammenheng med økt selvmedfølelse, er samlet i tabell 2.

Tabell 2: Intervensjoner som har sammenheng med økt selvmedfølelse

Intervensjon	Dokumentasjon
MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction)	Birnie, Speca, & Carlson, 2010; Newsome et al., 2012*; Shapiro et al., 2005*, 2007*
MBCT (Mindfulness-based Cognitive Therapy)	Rimes & Wingrove, 2011*; Kuyken et al., 2010
MSC (Mindful Self Compassion)	Neff & Germer, 2013
CCT (Compassion Cultivating Training)	Jazaieri et al., 2013
Kripalu Yoga	Gard et al., 2012
CMT (Compassionate Mind Training)	Gilbert & Procter, 2006
Compassionate Imaging	Gilbert & Irons, 2004
Loving-Kindness meditasjon	Weibel, 2007
Affektfokusert Dynamisk Terapi	Berggraf et al., 2013; 2014; Schanche et al., 2011
Two-chair intervention	Neff et al., 2007; Shahar et al., 2012

*studier utført på terapeuter/studentterapeuter

Kvalitative studier

Det foreligger noen kvalitative studier som belyser det fenomenologiske aspektet ved selvmedfølelsen. Vi vil her vise noen studier utført på terapeuter og terapeutstudenter, hvor selvmedfølelse er tematisert.

I en studie av Boellinghaus et al. (2013) ble det undersøkt hvordan terapeuter i trening ("therapist trainees") opplevde et "Loving-Kindness" meditasjonskurs. Dette er en

meditasjonsform utviklet for å fremme følelser av godhet, medfølelse og omsorg overfor seg selv og andre. Deltagerne rapporterte blant annet at kurset førte til en opplevelse av økt selvbevissthet (self-awareness), medfølelse for selv og andre samt større terapeutisk nærvær og økte terapeutferdigheter.

Patsiopoulos og Buchanan (2011) analyserte intervjuer med 15 erfarne terapeuter, hvor de ble spurt om opplevelsen av å praktisere selvmedfølelse. Studien avdekket tre områder der terapeuter opplevde at selvmedfølelse var til hjelp; terapeutens holdning i timene, arbeidsplassens relasjoner samt balanse gjennom selvivaretagelse.

Ytterligere to kvalitative studier har vist at deltagerne opplevde økt selvmedfølelse etter å trene mindfulness (McCollum & Gehart, 2010) samt qui-gong og mindfulness m.m. (Christopher & Maris, 2010). De kvalitative studiene som foreligger på terapeuter og studentterapeuter, er samlet i tabell 3.

Tabell 3: Kvalitative studier som tematiserer selvmedfølelse hos terapeuter/studentterapeuter

Intervensjon	Dokumentasjon
Loving-Kindness meditasjon	Boellinghaus et al., 2013
Mindfulness, quigong, m.m.	Christopher & Maris, 2010
Mindfulness	McCollum & Gehart, 2010
-	Patsiopoulos & Buchanan, 2011

Diskusjon og problematisering

Vi har nå sett på ulike definisjoner av selvmedfølelse, samt fått et overblikk over forskning som foreligger på selvmedfølelse. I denne delen vil vi ta et kritisk blikk på begrepet, og diskutere noen aspekter ved begrepets validitet. Vi vil i tillegg diskutere hva som kan være virksomme faktorer ved selvmedfølelse. Til slutt vil vi problematisere de foreliggende målingsmetoder og forskningen som er utført på fenomenet.

Begrepsvaliditet

Som vi har vist, kan selvmedfølelse forstås fra flere perspektiver, og de ulike definisjonene vektlegger forskjellige komponenter. Et viktig spørsmål i forbindelse med dette, er om begrepet selvmedfølelse i de ulike definisjonene omhandler det samme, eller om de

representerer ulike underliggende fenomener. Det foreligger ingen studier som undersøker relasjonene mellom disse tre definisjonene.

Komponenten mindfulness inngår i selvmedfølelse som definert av Neff, men dette er også et selvstendig begrep som det foreligger mye forskning på. Som vi tidligere har vist, indikerer noen studier at mindfulnessstrening kan øke selvmedfølelse, og at dette er forbundet med positive effekter (e.g. Shapiro et al., 2005, 2007). Men siden selvmedfølelse og mindfulness overlapper, kan resultatet konfunderes slik at det blir vanskelig å skille ut hvilke komponenter som er virksomme (Bardum, 2011).

Neff og Germer (2013) hevder i en studie som omhandler kultivering av selvmedfølelse, at mindfulnesskomponenten i selvmedfølelsen skiller seg fra generell mindfulness ved at den har et smalere fokus mot individets lidelse. Det foreligger noe forskning som støtter antagelsen om at mindfulness og selvmedfølelse er distinkte begreper. En studie av Van Dam, Sheppard, Forsyth og Earleywine, (2011) fant at mindfulnesskalaen i selvmedfølelsesbegrepet så ut til å fange et annet aspekt ved mindfulness enn tradisjonell mindfulnessmåling (målt ved MAAS, mindful attention awareness scale). I denne studien så de at selvmedfølelse, i langt større grad enn mindfulness, predikerte livskvalitet og grad av symptomer. De fant også at komponentene isolasjon og selvfordømmelse hadde spesielt sterk negativ sammenheng med livskvalitet og symptomrapportering (Van Dam et al., 2011). Denne forskningen gir støtte til at selvmedfølelse tilfører et unikt bidrag til psykologisk fungering, et bidrag som ikke bare kan tilskrives mindfulnesskomponenten.

Virksomme faktorer

Resultatet fra studien til Van Dam et al. (2011) reiser en annen interessant problemstilling: Hvilke komponenter i begrepet selvmedfølelse er det som best forklarer de positive helseeffektene? Er det fraværet av negative komponenter som selvfordømmelse, isolasjon og overidentifisering som har størst betydning, eller er det tilstedeværelsen av de positive komponentene? Er alle komponentene nødvendige, eller er det noen som forklarer størstedelen av endringen? Dette forholdet er ikke tilstrekkelig klarlagt, og det behøves derav flere studier som kan belyse faktorladningen til de ulike komponentene. Slike studier kan øke vår kunnskap om virksomme faktorer ved selvmedfølelsen.

Innen dynamisk korttidsterapi har det blitt identifisert tre komponenter som må være tilstede for at man skal være i kontakt med opplevelsen av affekt. De tre komponentene representerer kognitive, fysiologiske og motoriske elementer av den emosjonelle opplevelsen (Della Selva, 1996). Med bakgrunn i dette perspektivet kan det hevdes at erfaring med selvmedfølelse må inneha elementer av både kognitiv gjenkjennelse, fysiologisk opplevelse av varme og kjærlighet til seg selv, samt kontakt med handlingsimpulsen som her kan tenkes å være selvivaretagende handlinger. Vi vil hevde at selvmedfølelsen må *erfares* for at den skal være virksom.

De tre perspektivene på selvmedfølelse som vi har belyst, vektlegger kognisjon, emosjoner og handling forskjellig. Neff, fra et sosialpsykologisk perspektiv, vektlegger psykoedukasjon vedrørende kognitive feiloppfatninger med henhold til selvivaretagelse, samt fokuserer på meditasjonsøvelser for å fremme mindfulness og kultivere følelser av medfølelse for seg selv. Gilbert innlemmer kognitive teknikker i sin terapiform, men også bruk av såkalt ”compassionate imaging”. Med dette mener han indre bilder av en medfølende annen som skal hjelpe en til å aktivere varme følelser for seg selv. Han vektlegger også selvmedfølende handlinger og det å integrere en selvmedfølende holdning i sin identitet. McCullough er den som i størst grad vektlegger den affektive komponenten av konseptet. I denne tilnærmingen vokser selvmedfølelse ut fra det å etablere kontakt med adaptive følelser. Men også her foreligger elementer av kognitiv restrukturering, i form av innsikt i forsvar og motivasjon, samt handlingselementer som fremmer ny læring.

Måleinstrumenter

Det finnes foreløpig få metoder for å måle selvmedfølelse (Bardum, 2011). Det mest brukte måleinstrumentet er Neff sin Self-Compassion Scale (Neff, 2003b), som også foreligger i en kortere versjon (Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht, 2011). I tillegg har det blitt utviklet en skala som blant annet måler frykt for selvmedfølelse, Fear of Compassion Scale (Gilbert, McEwan, Matos, & Rivis, 2011). Dette er imidlertid selvrapporteringsverktøy. Slike skalaer kan gi mye nyttig informasjon, men har også begrensninger. Personer kan eksempelvis ha mangelfull selvinnsikt eller bære preg av ”social desirability bias”, noe som kan svekke skalaens validitet og reliabilitet (Bordens & Abbott, 2008). For å omgå dette problemet er det ønskelig med måleinstrumenter som kan gi objektive målinger av selvmedfølelsen.

Et slikt objektivt måleinstrument foreligger. McCullough og kolleger (2003) har utviklet ATOS (Achievement of Therapeutic Objectives Scale), som måler pasienters oppnåelse av spesifikke behandlingsmål, identifisert som viktige endringsmekanismer i terapi.

Selvmedfølelse inngår her under det som kalles restrukturering av "sense of self". Målingen foregår ved at observatører koder terapitimer og skårer pasienters endring i "sense of self" på utvalgte tidspunkt i terapien. Det foreligger studier som viser at dette måleinstrumentet har god validitet og reliabilitet (Berggraf, Ulvenes, Wampold, Hoffart, & McCullough, 2012; Ulvenes et al., 2012; Valen, Ryum, Svartberg, Stiles, & McCullough, 2011). Dette måleinstrumentet er imidlertid utviklet til bruk i klinisk forskning og er ressurskrevende i bruk.

Forskningsmetoder

Mye av forskningen som foreligger på selvmedfølelse er korrelasjonsstudier, og disse gir begrenset med informasjon om fenomenet. Denne type forskning avdekker kun hvilke variabler som samvarierer med selvmedfølelse, og gir ikke informasjon om årsaksforhold. Men funnene kan indikere at en økning av selvmedfølelse potensielt vil kunne gi en økning i de positivt korrelerte variablene, samt gi en reduksjon i de negativt korrelerte variablene. Ved korrelasjonsstudier er det imidlertid viktig å tolke forsiktig og være bevisst på at det kan være andre underliggende variabler som forklarer de observerte sammenhengene (Bordens & Abbott, 2008).

Intervensjonsstudier benyttes til å belyse årsakssammenhenger (Bordens & Abbott, 2008). For å undersøke intervensjoners effektivitet med henhold til økt selvmedfølelse, er det vanlig å bruke randomiserte kontrollerte studier der nivå av selvmedfølelse før og etter intervensjonen måles og sammenlignes. Slike effektstudier gir viktig informasjon, men de gir ikke kunnskap om hvilke komponenter i intervensjonsprogrammet som påvirker hvilket fenomen. Effektstudiene gir heller ikke informasjon om når i forløpet dette eventuelt skjer. Det er derav fremdeles uklart hvilke spesifikke intervensjoner som er med på å øke selvmedfølelse, og hvordan selvmedfølelse påvirker livskvalitet, relasjonskvalitet, psykopatologisymptomer m.m. (L. Berggraf, personlig kommunikasjon, 14.04.14).

De kvalitative studiene som foreligger gir nyttig dybdeinformasjon om individets opplevelse av selvmedfølelsens effekt. Samtidig er det problematisk å tolke resultater fra kvalitative

analyser, da resultatene ikke er generaliserbare. Imidlertid gir slike studier viktig tilleggsinformasjon, som sammen med kvalitative studier kan tilføre større bredde til forståelsen av fenomenet.

Forskningsfeltet på selvmedfølelse er ungt og mange spørsmål står fremdeles ubesvarte. Det er derfor nødvendig med flere studier for å øke kunnskapen og få en bedre forståelse av fenomenet. Dette gjelder særlig prosess-utfallsstudier som inkluderer repeterte målinger, observasjon og selvrapporteringsinstrumenter, i tillegg til longitudinelle målingspunkt, noe som kan tilføre mer spesifikk kunnskap om fenomenet (L. Berggraf, personlig kommunikasjon, 14.04.14).

Oppsummering

Vi har nå redegjort for selvmedfølelsesbegrepet slik det blir forstått innenfor et sosialpsykologisk, et kognitivt og et psykodynamisk perspektiv. I tillegg har vi redegjort for forskning som viser at selvmedfølelse er relatert til adaptiv psykologisk fungering i form av blant annet reduserte symptomer på angst og depresjon, bedre mestring, økt opplevelse av velvære og positive affekter samt forskning som indikerer at selvmedfølelse kan fremmes. Med bakgrunn i dette anser vi selvmedfølelse som et interessant og relevant konsept for selvivaretakelse for terapeuter. I neste del av oppgaven vil vi redegjøre for terapeutens sårbarhet og vise til at det foreligger behov for selvivaretakelse hos terapeuter.

Del 2: Terapeuten som det sårbare menneske

I denne delen vil vi redegjøre for begrepet sårbarhet, hvor det eksistensielle perspektivet på sårbarhet vil bli vektlagt. Deretter vil vi belyse at terapeuter, så vel som deres pasienter, er sårbare. Videre vil vi utheve hvordan dette har implikasjoner for selvivaretakelse. Dette anses som en relevant bakgrunn for senere undersøkelse og diskusjon av sammenhengen mellom sårbarhet og selvmedfølelse.

Begrepet sårbarhet

For å definere begrepet sårbarhet, er det nyttig å se på definisjonen og etymologien til det engelske ordet *vulnerable*, som kan oversettes til norsk med *sårbar*. Ordet *vulnerability* stammer fra det latinske ordet *vulneare*, som betyr å såre (Vulnerable, Online Etymology Dictionary, 2014). *Vulnerability* eller sårbarhet innebærer “evne til å bli fysisk eller psykisk såret” eller at man er “åpen for angrep eller skade”. Brené Brown (2012) definerer i sin forskning begrepet sårbarhet på følgende måte: “Sårbarhet er usikkerhet, risiko og emosjonell blottstillelse”. I definisjonen av sårbarhet ligger det en undertone av potensielt ubehag. Det å vise seg sårbar, kan i praksis for eksempel innebære; å vise ydmykhet i stedet for skråsikkerhet, å uttrykke sitt behov for selvivaretakelse på arbeidsplassen, å si seg uenig med resten av et team om en pasientvurdering, å be en kollega om hjelp, å innrømme at man ikke vet hvordan man skal håndtere en pasientsak, eller å si fra til sin sjef om at man har gjort en feil. Sårbarhet er også å vise sin ikke-flinkhet. Dette kan utfordre akademikere som strever etter perfektjon og stadig å prestere. Brown (2012) henter flere eksempler på sårbarhet fra deltakerne i sin forskning, og fellestrekk ved disse eksemplene er opplevelsen av å være ufullkommen, utilstrekkelig, og det å erfare mangelfull mestring. Det å være sårbar, innebærer med andre ord også alle disse aspektene.

Hvordan kan den vitenskapelige psykologien se ut, når en grunnholdning om mennesket som sårbart ligger til grunn (Bastiansen, Blakar, Hundeide, Klemsdal, & Vetlesen, 2004)? Denne virkelighetsforståelsen favner fenomener som det er vanskelig å forske på. Vitenskapelig forskning på dette feltet er ufullstendig og vi kan ikke hevde å ha forstått menneskelige fenomener fullt ut. Den tradisjonelle psykologiske forskningen behandler ofte psykologiske fenomener som statistiske gjenstander, som kan uttrykkes i tallmessige størrelser. Sårbarhet

er et psykologisk fenomen som kan karakteriseres som subtilt, vagt og komplekst, og kan dermed være vanskelig å gjøre til objekt for den vitenskapelige forskningen slik vi i dag kjenner den. Utfordringen med å forske på et begrep som sårbarhet, er å ivareta dybde dimensjonen i fenomenet og samtidig tilfredsstille kravene til systematikk og objektivitet (ibid).

Eksistensiell sårbarhet

“Men det usårbare mennesket, om det fantes, ville være umenneskelig. For sårbarheten konstituerer det menneskelige. Mennesker er homo vulnerabilis - det sårbare mennesket. Derfor bryter det på dypt vann når sårbarheten bare fremstilles som en mangel, en svakhet, som noe som rammer noen andre, og som vi må hjelpe dem å bli kvitt.” (Stålsett, 2007, s.1409).

Den eksistensialanalytiske retningen bygger på filosofiske strømninger og er formet av filosofer som Kierkegaard, Nietzsche, Husserl, Buber (Malt, Retterstøl, & Dahl, 2003). I senere tid har blant annet Victor Frankl og Irvin Yalom bidratt i litteraturen. I dette perspektivet settes sårbarhet i sammenheng med menneskets eksistensielle situasjon. Sårbarhet betraktes av eksistensialistiske tenkere som et fellesmenneskelig premiss. Yalom (2009, s.23) skriver at “Enhver, og det omfatter terapeuter såvel som pasienter, er forutbestemt til å erfare ikke bare livets fryd, men også dets uunngåelige mørke; illusjoner som brister, aldring, sykdom, isolasjon, tap, meningsløshet, smertefulle valg og døden”. På APA sine hjemmesider (2014) og hos andre forfattere som for eksempel Baker (2002), belyses et slikt felles vilkår for pasienter og terapeuter.

Det er ikke vanlig at psykologutdannelsen innlemmer eksistensiell tilnærming i sine studieplaner, noe som setter sitt preg på hvordan man betrakter terapeutrollen. I et eksistensielt perspektiv kan det terapeutiske møtet grunnleggende sett beskrives som at menneske møter menneske. Videre vil da kanskje terapeutbeskrivelser som “medmenneske” være mer nærliggende enn en rolleforståelse i retning av ”allviter”, ”ekspert” og ”helbreder” (Yalom, 2008). Han advarer mot slike rollebeskrivelser og en yrkesutøvelse hvor terapeuten fremstår som usårbar. Yalom argumenterer for at en slik terapeutholdning vil kunne bidra til en kunstig barriere mellom pasient og terapeut (ibid). En slik terapeutholdning trenger ikke nødvendigvis å innbefatte private selvavsløringer, men vil like fullt kunne uttrykkes indirekte

gjennom væremåte og fremtoning (Kottler & Blau, 1989, s.71). Vi kan bruke vår livserfaring uten å sette ord på den i terapirommet. Yalom skriver at han bestreber seg på å skape samhørighet ved ikke å gjemme seg bak en rolle samt ikke skjule sin menneskelighet og sårbarhet (Yalom, 2008). En slik felleskapstanke i sårbarheten, hvor det ensomme “jeget” går opp i “viet”, kan være av betydning i et terapeutfelleskap på arbeidsplassen, såvel som for relasjonen mellom terapeut og pasient.

Med det eksistensielle grunnpremisset som bakgrunn, velger Yalom (2008) å bruke betegnelsen *reisefeller* på relasjonen mellom pasient og terapeut, et begrep som utvisker distinksjonen mellom “dem” (de lidende) og ”oss” (helbrederne). Pasient betyr ”den som tålmodig lider” (Kingdon & Turkington, 2007, forord). Terapeuten står ikke i en særstilling i møte med eksistensielle grunnvilkår og man kunne mulig gitt overnevnte definisjon også til terapeuten. “Jeg er et menneske og intet menneskelig er meg fremmed” (i Yalom, 2008, s. 201), et sitat også kalt Terents maksime, poengterer at uansett hva som skulle dukke opp i pasienten, så vil terapeuten kunne finne noe tilsvarende i seg selv. Terapeuten, så vel som pasienter, er med andre ord sårbar.

Sårbarhet hos terapeuter

Ifølge APA (2014) har terapeuters sårbarhet lenge vært et tabubelagt tema, men har i nyere tid blitt viet mer fokus i litteraturen . Mye nyere litteratur omhandler terapeuten som sårbar: (APA, 2014; Baker, 2002; Garfield, 1987; Gerson, 2013a; Goldstein, 1994; Horner, 1993; J. V. Jordan, Hartling, & Walker, 2004a; Saakvitne, 2002; Slavin, 1998a; Young-Eisendrath, 2001b; Zerubavel & Wright, 2012). Vi vil her utheve noe av empirien som understøtter sårbarhet hos terapeuter.

I en kvalitativ studie av McMahon (2012) utført på psykologer, beskrev noen av disse informantene en gjennomgående opplevelse av å føle seg sårbare som terapeuter. De fortalte også hvordan sårbarheten ga dem en opplevelse av å være i kontakt med noe fellesmenneskelig. Noen av psykologene fremhevet hvordan selve yrkesutøvelsen kunne være utfordrende fordi man i terapiprosesser kunne bli eksponert for sin sårbarhet. I forbindelse med terapeutisk arbeid, beskrev flere blant annet tvil på hvorvidt man var god nok som terapeut, samt angst og frykt for å bli avslørt som feilbarlig. Slike utsagn kan være et uttrykk for hvor vanskelig det kan være for terapeuter å erkjenne sin sårbarhet.

Rønnestad og Skovholt (2003) beskriver hvordan student- og noviseterapeuter kan kjenne seg usikre, samt gi uttrykk for å ha et skjørt og ufullstendig ”utøvende selv”. I doktorgraden “Confronting helplessness” påpeker psykolog Hanne Strømme (2012a) hvordan nybegynnerterapeuter kan erfare vanskelige følelser som å kjenne seg dum, flau, skamfull og ikke god nok. Gullestad (1997, i Strømme, 2012a) sier at intensiteten i disse følelsene kan erfares som en krise for selvfølelsen. Dette understreker utfordringen det kan være å utøve terapi, samt hvor dypt personlig yrket kan ramme terapeuten. Noen av studentterapeutene i Strømme og Gullestad sin kvalitative forskning, fortalte om sårbarhet i form av opplevelser av usikkerhet, frykt og hjelpsløshet knyttet til terapiutøvelsen (Strømme & Gullestad, 2012; Strømme 2012b).

Evidens som også støtter det at terapeuten er sårbar, er studier som viser at terapeuter kan ta skade under yrkesutøvelsen. Dersom ikke de yrkesmessige utfordringene blir håndtert med tilstrekkelig selvivaretagelse, kan utfallet bli en rekke negative konsekvenser. APA (2014) oppsummerer noen slike utfall på sine hjemmesider: depresjon, sosial/yrkesmessig isolasjon, mistriivsel på jobb, selvmord, misbruk- og avhengighetsproblematikk, relasjonsvansker, samlivsbrudd, inadekvat yrkesatferd, etiske lovbrudd og stressrelaterte lidelser. Det foreligger en mengde litteratur som understøtter at de nevnte yrkesskadene foreligger (Baker, 2002; Bride, Radey, & Figley, 2007; Figley, 2002a; Germer & Siegel, 2012; Kottler & Blau, 1989; McMahon, 2012).

I sammenheng med overnevnte funn, foreligger det litteratur som omhandler ”the wounded healer” (Stone, 2008; Zerubavel & Wright, 2012). Det at en terapeut omtales som såret, innebærer også at terapeuten er sårbar, jamfør definisjonen “åpen for angrep eller skade”. Jung var den første psykoterapeuten som refererte til arketypen; ”the wounded healer”, et begrep som opprinnelig stammer fra gresk mytologi (Zerubavel & Wright, 2012). I nyere tid har man gått mer bort fra begrepet, da det å være «skadet» ikke lenger anses som en betegnelse som gjelder en gruppe terapeuter, men snarere alle mennesker (ibid).

Hva kan aktivere vår sårbarhet?

Sårbarheten vår er som nevnt noe vi her omtaler som et ufravikelig grunnvilkår. Den er imidlertid ikke alltid tydelig for oss, og resulterer heller ikke alltid i lidelse. Yrkesmessige utfordringer kan imidlertid berøre og aktivere vår sårbarhet.

Terapeutens utfordringer

Å praktisere psykoterapi kan oppleves meningsfullt og berikende for terapeuten (Radeke & Mahoney, 2000), men yrket innebærer også at man utsetter seg for personlige, relasjonelle og emosjonelle utfordringer (APA, 2014). Det at terapiyrket kan være kilde til både gleder og vansker, reflekteres i dagboknotatene til terapeutene i den kvalitative studien til McMahon (2012). Her beskrives yrket som både en spennende oppdagelsesreise og en utfordrende konfrontasjon med egen ufullkommenhet (ibid).

Skovholt og Rønnestad (2003) belyser en rekke utfordringer terapeuten står ovenfor: Akutt prestasjonsangst, glamorisererte forventninger, yrkesmessige krav, evalueringer og emosjonell grensesetting. Duncan (2010) understreker også at terapiprosessens komplekse natur er utfordrende og kan vekke angst hos terapeuten. Det å ta innover seg tvetydigheten og kompleksiteten i det kliniske arbeidet, kan også være en katalysator for stress (Rønnestad & Skovholt, 2003).

Psykoterapi er en svært kompleks prosess som kan trigge og påminne terapeuten om hans/hennes sårbarhet ved erkjennelsen av at man ikke er omnipotent og allvitende (Baker, 2002). Terapeuten blir konfrontert med sin tilkortkommenhet med tanke på å være den som forstår alt. Baker uthever videre utfordringene kompleksitet, krav til kostnadseffektiv behandling, ansvarstunge oppgaver, ivaretagelse av grenser mellom terapeut og pasient, det å møte pasientens følelser og det å ta krevende beslutninger (ibid).

Wrangsjö (1997) legger til følgende; opplevelse av isolasjon, risiko for utbrenthet, belastningen ved å være mottaker av smertefulle pasienthistorier samt vansker med optimal yrkesutøvelse dersom det parallelt er vansker i privatlivet. Videre kan terapeuten kjenne maktesløshet fordi man ofte har minimal innflytelse over klientens omgivelser, og at man ikke klarer å hjelpe alle pasienter til å få det bedre (Baker, 2002). Alle disse utfordringene kan aktivere terapeutens sårbarhet, og fordrer derfor selvivaretagelse. Vi vil i fortsettelsen utdype følgende terapeutiske utfordringer; emosjonsregulering, krav og arbeidsbelastning samt utfordringen med stadig tilknytning til og separasjon fra pasienter.

Emosjonsregulering

Emosjonsregulering refererer til prosesser der individet gir oppmerksomhet til sine følelser og håndterer intensitet og varighet av emosjonell aktivering. I tillegg innebærer det transformering av følelsestilstandens grad og mening når en stressende situasjon oppstår, med den hensikt å oppnå et mål (Thompson, 1994). Som terapeuter må vi leve oss inn i pasienthistorier preget av intense og vanskelige følelser (APA, 2014), og samtidig forsøke å ikke gi etter for vår tilbøyelighet til unnvikelse (McWilliams, 2004). Stadig flere klinikere og forskere vektlegger affekt-toleranse som en sentral faktor for mental helse (ibid). Ved universitetet i Oslo er blant annet professor Jon Monsen en sentral forsker som fremmer betydningen av affekttoleranse for mental helse.

Flere tematiserer at terapeuter strever med emosjonsregulering (Jacobsson, Lindgren, & Hau, 2012; Killingmo, Varvin, & Strømme, 2014; Rønnestad & Skovholt, 2003). Rønnestad og Skovholt (2003, s.18) siterer en noviseterapeut som opplevde følelsesmessig overveldelse i møte med en pasient: ”Noen ganger føles det som om jeg forsøker å slukke en skogbrann med et glass vann”. Sårbarheten aktiveres av det sterke emosjonelle klimaet som yrket innebærer.

Arbeidsbelastning og risiko for utbrenthet og ”compassion fatigue”

Psykologer er sårbare i møte med arbeidsbelastningen som yrket innebærer (APA, 2014). Arbeidet er av en personlig karakter og pasientene kan ha både omfattende og komplekse vansker, noe som krever mye av psykologens kapasitet og yteevne (Olaussen, Skaar, Hauge, & Skogstad, 2010).

Utbrenthet har blitt definert som et syndrom av emosjonell utmattelse og kynisme som ofte inntreffer hos personer som arbeider med mennesker (Maslach & Jackson, 1981). I denne definisjonen innebærer utbrenthet tre komponenter: emosjonell utmattelse, depersonalisering (atferd karakterisert av emosjonell og kognitiv distansering fra arbeidsoppgaver og pasienter) og redusert selvaktelse (betegnet som tendensen til å vurdere seg selv og arbeidet sitt i negativ retning). Skovholt og Trotter (2011) omtaler syv kilder til utbrenthet; stor arbeidsmengde, mangel på kontroll, utilstrekkelig belønning/lønn, utfordringer med samarbeid, urettferdighet i systemet, verdikonflikter og dårlig match mellom arbeidstaker og stilling.

Ackerley, Burnell, Holder og Kurdek (1988) undersøkte prevalens av utbrenthet blant psykologer. Der ble det påvist at mer enn en tredjedel av utvalget på 562 psykologer rapporterte høy grad av emosjonell utmattelse og depersonalisering (ibid). I en annen studie erkjente 32% av psykologene opplevelsen av utbrenthet og depresjon av en slik grad at det medførte nedsatt arbeidsevne (Wood, Klein, Cross, Lammers, & Elliott, 1985). I noen norske studier fant man imidlertid at norske psykologer gjennomgående rapporterte lavere nivåer av utbrenthet enn i de internasjonale studiene (Engebråten & Husø, 1991; von der Lippe, Rønnestad & Arnesen, 1997, i Olaussen, 2010). I innlegget “Psykologer i skvis” (Strand, 2012), beskriver imidlertid psykologer at byråkratiseringen av helsevesenet er en påkjenning for dem. Høye krav om produksjon og en påfølgende tidsklemme skaper stress og slitenhet, ifølge de unge psykologene. De forteller at det ikke er uvanlig å ta kvelden til hjelp for å fullføre journaler og epikriser. Helsemyndighetenes krav om kostnadseffektivitet kommer lett i konflikt med ønsket om å ha kvalitet på behandlingen (ibid).

Dersom terapeuter unnlater å møte sine egne behov og samtidig overforbruker sin kapasitet til å møte andres, er det risiko for utbrenthet (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Når vi viser empati med pasienten og parallelt ikke er medfølelse med oss selv, øker også sannsynligheten for å utvikle *compassion fatigue* (Germer & Siegel, 2012). Compassion fatigue har likheter med utbrenthet, men begrepet refererer mer spesifikt til symptomer som oppstår i kjølvannet av å ha lyttet til eller støttet en pasient som har opplevd traumer (Figley, 2002; Skovholt & Trotter, 2011). Compassion fatigue er også kjent som sekundær traumatisering (Bride, Radey & Figley, 2007) og kan ramme yrkesgrupper som avkreves stor evne til å vise innlevelse og omsorg over tid. Psykolog Per Isdal har vært blant yrkesutøverne som har satt denne utfordringen på dagsorden. Psykologens utfordring kan være å skulle hjelpe noen som har sviktet seg selv, men psykologen risikerer også selv i dette arbeidet å neglisjere *sine* behov. Innlevelse og empati er forutsetninger for gode terapeutiske prosesser, men må forvaltes, ifølge Isdal (foredrag på litteraturhuset v/ psykologforeningen, 10.02.2012).

”Omsorgssyklusen” og tilknytning

Terapeuten kan for mange pasienter etter hvert utgjøre en trygg base hvor de kan få rom for sin sårbarhet (Pistole & Watkins, 1995). Terapeuten trenger imidlertid også en slik base hvor terapeuten kan åpne opp for sitt eget strev (Lewin, 1996). Tilknytning refererer til et vedvarende affektivt bånd til en spesifikk person, som barnet søker til når det føler seg

sårbart (Bowlby, 1969 i Gullestad & Killingmo, 2005). Trygg tilknytning bidrar til opplevelsen av å være trygg, å ha tillit til andre, evne til å utforske omgivelsene og evnen til godt samspill med andre mennesker (Bowlby, 1988, i Gilbert, McEwan, Catarino, Baião, & Palmeira, 2013). Studier viser at en tilstand av trygg tilknytning er positivt relatert til medfølelse og atferd overfor andre (Mikulincer & Shaver, 2005). Dette understreker de kliniske implikasjonene av at terapeuten har en "ladestasjon". Dersom terapeuten skal være en slik trygg base for sine klienter, fordrer dette at terapeuten har ressurser i sitt eget liv, hvor han/hun kan hente styrke til å kunne innta en slik posisjon.

En side ved psykologyrket som kan aktivere sårbarhet hos terapeuten, er den gjentakende sekvensen med tilknytning til pasienter, aktiv involvering og så separasjon. Kan det tenkes at eksponeringen for slike hyppige tilknytningsrelasjoner, som også innebærer separasjoner rokker ved vår sårbarhet, og at dette forekommer i større grad i psykologprofesjonen? Trotter og Skovholt (2011) kaller dette for "omsorgssyklusen", og beskriver den som et krevende aspekt ved terapeutyrket. Forfatterne skriver at god tilknytning ofte innebærer å skape kontakt med "undersiden av skilpadden". "Undersiden" er vår følsomme side og kanskje kan den også representere vår sårbarhet. Ved å møte et annet menneske med "det harde skallet", beskytter vi oss mot skade, men vi kan heller ikke knytte oss særlig godt, ifølge Trotter og Skovholt (2011).

Sårbarheten kan fungere som kontaktflate med andre mennesker (Brene Brown, 2012) og den kan slik foreslås som en ressurs i pasientarbeidet, som i stor grad handler om å etablere og opprettholde kontakt med andre. Å bruke sårbarheten sin aktivt i terapiarbeidet, kan imidlertid være krevende. Skovholt og Rønnestad (2003) problematiserer hvorvidt tilknytning der man eksponerer den sårbare undersiden er gunstig, da dette kan tenkes å utgjøre en risiko for overinvolvering og utbrenthet. Utfordringen, ifølge forfatterne, handler om å finne balansen mellom over- og underinvolvering. Noviseterapeuten må lære seg å regulere sine emosjonelle grenser mellom "den harde skallet" og "den myke undersiden", slik at yrkesutøvelsen blir bærekraftig. Dette er en utfordrende læringsprosess som krever kontinuerlig monitorering og introspeksjon. Utfordringen med omsorgssyklusen fordrer også behov for selvivaretagelse, ifølge forfatterne. Sårbarheten kan særskilt berøres i terapeutyrket, ettersom den ofte blir involvert i spillet med og tilknytningen til pasienter (ibid). Sårbarheten kan fungere som en ressurs, men den må forvaltes og håndteres på en ivaretagende måte.

Betydningen av individuelle reaksjoner på utfordringer

Sårbarhet har også et individuelt aspekt, og enhver psykolog har sine særegne sårbarheter (APA, 2014). Dette begrunnes med at én bestemt utfordring ikke vil fremkalle samme belastning hos ulike individer (Hammen & Mayol, 1982; John, Robins, & Pervin, 2010).

Individets unike livshistorie (MacAdams, 1997), genetikk, biokjemiske og fysiologiske karakteristika er av betydning for hvilken grad av motstandskraft, eller såkalt resiliens, man har i møte med en utfordring (Malt et al, 2003). Det er også individuelle forskjeller på hvordan vi fortolker en hendelse, noe som kan forklare ulik respons på samme situasjon, og hvorfor noen er ekstra sårbare ved enkelte hendelser (Passer & Smith, 2008). Psykologer har hvert sitt såre tema, en såkalt “Black Cloud”, som aktiverer vår sårbarhet i større grad enn annen tematikk (Skovholt & Trotter, 2011). Terapeuten vil da ofte ha et ekstra behov for selvivaretakelse. I tråd med sårbarhet som et ufravikelig menneskelig grunnpremiss, er det imidlertid ingen terapeuter som vil kunne gå uberørt gjennom yrkeskarrieren.

Terapeutens behov for selvivaretakelse

Vi har nå belyst at terapeuten er underlagt det fellesmenneskelige vilkåret ”sårbarhet” samt at psykologyrket byr på mange utfordringer som kan aktivere vår sårbarhet. Psykologen risikerer ved mangelfull selvivaretakelse at sårbarheten utvikler seg til lidelse. De overnevnte empiriske funn og refleksjoner omkring terapeutyrket som utfordrende, kan peke mot et behov for selvivaretakelse hos terapeuten.

Skovholt og Trotter (2011) poengterer at selvivaretakelse er en nødvendig ingrediens i psykologhverdagen. De hevder videre at selvivaretakelse ikke bør betraktes som “noe ekstra” eller noe som er “fint å gjøre dersom man har tid”, men snarere bør en slik praksis utgjøre en essensiell del av vår profesjonelle identitet. Skovholt og Trotters hovedoppfordring er at psykologen aktivt og bevisst bør praktisere selvivaretakelse slik at terapeuten kan utvikle seg i retning resiliens. Deres anbefaling er at terapeuter gir seg selv samme omsorg og ivaretakelse som de anbefaler til sine pasienter (ibid).

Terapeutens neglekt av egne behov

“Too many therapists fail to take the medicine they prescribe for others” (Nightengale, 1995 i Skovholt og Trotter, 2011, s 197).

Psykologer som arbeider med kronisk syke, kan tendere til å neglisjere sine egne behov for selvivaretakelse når de fokuserer på klientenes behov (Figley, 2002). I studien til McMahon (2012) ytrer imidlertid psykologer behov for selvivaretakelse. Terapeuter kan likevel kjenne skam for sine egne behov, og dermed velge å ikke snakke om dem (Baker, 2002). Sussman (1995) belyser også det at noen terapeuter kan ha store vansker med å lytte til egne behov og fremlegger en mulig forklaring på dette. Mange terapeuter har en oppvekstbakgrunn hvor de har inntatt en omsorgsrolle, noe som kan bidra til at terapeuten som voksen kan ha vansker med å lytte til egne emosjonelle behov (ibid). Skovholt og Trotter (2011) foreslår selvmedfølelse som en mulig form for selvivaretakelse. Hvorvidt selvmedfølelsen kan bistå terapeuten slik det foreslås, vil vi nå undersøke videre.

Del 3: Undersøkelse av selvmedfølelsens relevans for terapeuter

A) Kan selvmedfølelsen være en betydningsfull respons på sårbarhet hos terapeuten?

I denne delen vil vi undersøke hvorvidt selvmedfølelsen kan være en betydningsfull respons på sårbarhet hos terapeuten. Erkjennelse av sårbarhet er sentralt i selvmedfølelsen. Vi vil derfor vektlegge og undersøke hvorvidt det er av betydning for terapeuten å erkjenne sin sårbarhet. Dette vil vi gjøre ved å først vise til forskning på hvordan selvmedfølende personer responderer på sin sårbarhet. Deretter vil vi vurdere en selvmedfølende respons opp imot sårbarhetsskam, da dette er to ulike måter å respondere på sårbarhet. Vi har valgt å fokusere på narsissisme som et eksempel på sårbarhetsskam. I en diskusjonsdel til slutt vil oppsummere og diskutere våre funn.

Selvmedfølelse som respons på sårbarhet

Ifølge Neff et al. (2007) innebærer selvmedfølelse en *erkjennelse* av seg selv som et uperfekt og sårbart mennesket. Videre kan selvmedfølelsen imøtekomme sårbarheten med aksept og generere omsorg som kan hjelpe oss å håndtere det som er vanskelig (ibid). Ifølge Gilbert (2005) innebærer selvmedfølelse en *oppmerksomhet* på egen sårbarhet, etterfulgt av aksept. Erkjennelse av sårbarhet er både et premiss for og et sentralt ledd i den selvmedfølende responsen. Mange erkjenner imidlertid ikke sin sårbarhet fordi det kan være for smertefullt. Det kan dessuten oppleves kontrainuitivt å handle etter prinsippet om oppmerksomt nærvær og aksept, ettersom vi er tilbøyelige til å møte vonde følelser med unnvikelse (Johansen, 2013). Den selvmedfølende responsen har til hensikt å gjøre det lettere å møte sin sårbarhet. Den innebærer en vennlig og ivaretakende tilnærming i motsetning til selvkritikk og selvfordømmelse (Neff, 2003a).

Erkjennelse av sårbarhet

Det engelske begrepet ”perceived vulnerability”, er et sentralt begrep i helsepsykologien (Brown, 2012), og kan oversettes til norsk med *oppfattet sårbarhet*. Brown (2012) definerer oppfattet sårbarhet som evnen til å erkjenne egne risikomomenter og svake punkter. Med

utgangspunkt i denne definisjonen er *oppfattet sårbarhet* synonymt med *erkjennelse av sårbarhet*. Brown benytter i sin forskning (2006) det hun kaller for et ”sårbarhetskontinuum”. Denne skalaen representerer ikke i hvilken grad man er sårbar, men i hvilken grad man *erkjenner* sin sårbarhet.

Innenfor sosialpsykologi er det utført studier som undersøker hvordan personers erkjennelse av sårbarhet henger sammen med hvor påvirkbare de er for annonsering og markedsføring. Sagarin, Cialdini, Rice og Serna (2002) fant at deltakerne som mente at de ikke var mottagelige eller sårbare for reklame, i realiteten var de mest sårbare. Dette funnet gir støtte til betydningen av å erkjenne sin sårbarhet.

Innenfor helsepsykologi foreligger en rekke studier som viser at erkjent sårbarhet er positivt korrelert med fremtidig beskyttende helseatferd (Conner & Norman, 2005). Erkjennelse av sårbarhet kan predikere helsefremmende atferd (Sagarin et al., 2002). Det er imidlertid ikke all forskning på feltet som er entydig her, da noen studier finner en signifikant negativ korrelasjon mellom erkjent sårbarhet og helsefremmende atferd (Conner & Norman, 2005). Noen av de overnevnte funnene indikerer imidlertid at erkjennelse er et ledd på vei mot bedre helse. Indirekte kan de da også støtte vår antagelse om den selvmedfølende responsen som betydningsfull for terapeuten.

I Browns studie (2006) rapporterte deltakerne ofte skam knyttet til områder av livet sitt hvor de kjente seg ekstra sårbare. Deltakerne som imidlertid erkjente ovenfor seg selv at en hendelse trigget deres sårbarhet, var mer tilbøyelige til å søke støtte og beskyttelse. Deltakere som derimot ikke erkjente sin sårbarhet, ble ofte overveldet av følelser og var uklare på hvorfor de fikk slike reaksjoner. Disse deltakerne reagerte også med frykt, sinne og kritikk rettet mot seg selv og andre. Sistnevnte reaksjon kontrasterer med selvmedfølelse, både med henblikk på mangelfull erkjennelse og selvkritisk respons. Denne forskningen understøtter at erkjennelse av egen sårbarhet kan være et premiss for videre selvivaretagelse.

Forskning på hvordan selvmedfølende individ responderer på sin sårbarhet

Det foreligger flere interessante studier som viser hvordan selvmedfølende personer forholder seg til egen sårbarhet. Petersen (2014) fant i en studie, utført på unge psykologistudenter, at selvmedfølende individ behandler seg mer med vennlighet og ivaretagelse i møte med negative livshendelser. I tillegg fant Petersen (2014) en negativ korrelasjon mellom

selvmedfølelse og de to strategiene ”selvhandikapping” og ”sandbagging”. Dette er to selvreguleringsstrategier som innebærer å attribuere feil på en slik måte at man beskytter sin selvtillit. Med andre ord hadde individene med høy grad av selvmedfølelse mindre behov for å benytte seg av disse strategiene. Dette viser hvordan selvmedfølelse kan være en alternativ måte å beskytte seg på. Neff og Vonk (2009) fant at personer med høy grad av selvmedfølelse tilbrakte mindre tid på å forsvare sin egenverdi og mer tid på å få nye erfaringer. Neff et al. (2007) viste i sin forskning at personer med høy grad av selvmedfølelse var mer villige enn dem med lav skåre, til å innrømme egne feil. I tillegg var de mindre opptatt av å skjule sin tilkortkommenhet for seg selv og andre.

Leary et al. (2007) skriver at selvmedfølelse innebærer en klar persepsjon av både ens gode og dårlige karakteristikk. Forskningen til Petersen (2014) understøtter dette og viser at selvmedfølelende personer forsøker å ha et mer realistisk selvilde. Benyttelse av andre selvbeskyttelsesstrategier kan derimot innebære at man går på kompromiss med ens evne til å realistisk betrakte sine styrker og svakheter. Personer med høy grad av selvmedfølelse trenger ikke slike forsvarsmekanismer (ibid). Leary et al. (2007) fant at selvmedfølelende personer var mer aksepterende overfor uønskede aspekter ved egen karakter og atferd. Selvmedfølelende personer reagerte på sine svakheter med mindre ruminering, og de gikk sjeldnere i forsvarsposisjon når de ble konfrontert med egen tilkortkommenhet. De fant i tillegg at selvmedfølelende personer var mer villige til å ta ansvar for sin rolle i negative hendelser (ibid).

En av studentterapeutene i Strømme sin forskning beskrev sin sårbarhet og hva hun videre hadde behov for på følgende måte: ”Jeg var usikker og trengte å bli ivaretatt, akseptert og anerkjent samt hadde jeg behov for omsorg av en morsfigur” (Strømme, 2012a, s. 33). Informanten uttrykker her både sin sårbarhet og et påfølgende behov for å bli møtt med medfølelse av sin veileder i terapisisuasjonen som hun opplevde vanskelig. Kanskje kunne også selvmedfølelsen kommet henne til unnsetning her? Vi vil ikke her hevde at selvmedfølelse og støtte fra andre utelukker hverandre. Faren ved å ensidig overlate oppgaven om ivaretagelse og omsorg til den andre, er imidlertid at man kan miste agens og anledningen til å oppdage den selvmedfølelende ressursen i seg selv. Den er alltid tilgjengelig, ikke prisgitt at andre er der til å ivareta seg. Når man lærer seg å være selvmedfølelende, vil dette kunne bidra til at man utvikler sunn autonomi og at man blir mindre avhengig av andres aksept og bekreftelse (Baker, 2002).

Betydningen av at terapeuten erkjenner sin sårbarhet

Ifølge APA (2014) er det helt essensielt for psykologer å erkjenne at hver og en av oss er sårbare for stress, utbrenthet og vansker med å fungere på jobb. Terapeutens erkjennelse av sårbarhet kan ha implikasjoner for det terapeutiske arbeidet. Dette vil vi nå utdype videre.

Kontaktflate med pasienten

”Our vulnerabilities are the bridges to our clients” (Goldberg i Baker, 2002, s.110).

Ved mangel på erkjennelse av sårbarhet, risikerer terapeuten å miste en kontaktflate med pasienten. Terapeuten kan med en såkalt instrumentell posisjon bruke selvet som en av-på-bryter for sårbarhet (Løvold, 2006). Terapeuten kan slik beskytte seg mot smerte og hindre for dyp involvering med pasienten. Dette er tilsvarende den mellommenneskelige posisjonen som filosofen Martin Buber beskriver som “Jeg–Det” tilnærmingen, et mellommenneskelig møte preget av trivialitet og avstand (ibid). Dette er en tilnærming som er uforenlig med den fellesmenneskelige komponenten i selvmedfølelsesbegrepet (Neff, 2003a). Ved å forsvare seg mot et mer eksistensielt møte, sier terapeuten også fra seg en kontaktflate i sårbarheten. Bubers “Jeg-Det” tilnærming samsvarer med den vitenskapelige måten å erfare verden; nøytralitet, observasjon, undersøkelse, kvantitativ måling, analyse og syntese (Løvold, 2006).

Buber beskriver imidlertid også det han betegner som ”Jeg-Du”-relasjonen (Martin Buber, 2007), et eksistensielt og meningsskapende møte mellom to mennesker. I vår sammenheng kan dette innebære at vi våger å gå tett opp til pasientens sårbarhet, og erkjenne at man også selv er underlagt dette premisset. Den selvmedfølende respons kan tenkes å medvirke til kontaktflate med pasientene, da den setter fokus på felleskapet i sårbarhet. Ved mangel på erkjennelse av sårbarhet kan man tilsvarende se for seg at terapeuten mister en kontaktflate med pasienten. Terapeuter risikerer mangelfull empati med sine pasienter, dersom man ikke selv har tatt innover seg egen lidelse gjennom livet (McWilliams, 2004).

Risiko for projeksjon

Terapeuter som fornektet sine egne konflikter og sin sårbarhet, risikerer å projisere dem over på pasienten som får rollen som ”den sårede”, mens terapeuten blir den som ”helbreder” (Zerubavel & Wright, 2012). En slik dikotom persepsjon kan være risikabel, da terapeutens tilgang til egen sårbarhet kunne ha bidratt til økt empati med pasienten. En slik unyansert

rollefordeling kan mulig også resultere i at terapeuten mister blikk for pasientens ressurser. Dette kan bidra til at pasienten utvikler et uheldig avhengighetsforhold til terapeuten (ibid).

Erkjennelse og læring

Det terapeuten opplever som vanskelig i terapirommet, må erkjennes for at terapeuten skal kunne arbeide konstruktivt (Germer & Siegel, 2012). En åpen holdning til ny læring er et premiss for psykologens kompetanseutvikling og vekst. En mer lukket holdning hos terapeuten vil kunne lede til stagnasjon (Rønnestad & Skovholt, 2003). Erkjennelsen gir terapeuten mulighet til å justere sin atferd og respondere mest mulig hensiktsmessig i møte med yrkesmessige utfordringer (Kottler & Blau, 1989). Det å møte utfordringer og smerte i livet med en ærlig og aksepterende holdning, kan gi fremdrift og utvikling (Germer & Siegel, 2012). Forskning viser at selvmedfølelsen kan fungere som en beskyttende buffer ved vanskelige hendelser (Leary et al., 2007). Det kan slik tenkes at terapeuter som er selvmedfølende, står bedre rustet til læring.

Menneskesyn og etikk

Betydningen av å erkjenne sin sårbarhet kan også sees i et etisk og et mellommenneskelig perspektiv. Gjennom det å erkjenne egen sårbarhet, kan man gjenkjenne sitt medmenneskes sårbarhet, og slik bli satt i stand til å handle moralsk (Stålsett, 2007). Dette er av relevans for terapeuten, da nettopp det å ha et blikk for pasientens sårbarhet og møte dem i den, er sentralt. Filosofen og etikeren E. Levinas (ibid, s.1408) sier at ”Den Annens sårbarhet kaller på meg, og stiller meg til ansvar”. For å svare på den etiske fordringen som springer ut av den andres sårbarhet, avkreves det av terapeuten å bruke av sine egne erfaringer. Sårbarheten kan her utgjøre en ressurs. Uten bevissthet omkring egen sårbarhet, kan man miste en vei til innsikt i hva den andre opplever (ibid). I et etisk perspektiv kan med andre ord terapeutens erkjennelse av egen sårbarhet, betraktes som et premiss for å handle moralsk ovenfor pasienten.

Torborg A. Lenderts (1997) belyser hvordan omsorgsarbeiderens selvforståelse påvirker det mellommenneskelige møtet med pasienten. Vårt grunnsyn på mennesket kan representere en avgjørende nøkkel til helhetlig omsorg (ibid). Selvmedfølelse kan representere et blikk på seg selv som menneske, en form for holdning som man kan representere og modellere ovenfor pasienter. Selvmedfølelsen kan slik tenkes å være sentral i omsorgsutøvelsen.

”God nok terapeut” - Selvmedfølelsens filosofi?

En av terapeutene i studien til McMahon (2012) uttrykker spørsmålet omkring sin sårbarhet: “Do you have to go and be ‘perfect’, or can a wounded aware therapist be good enough for clients? I am struggling with this” (McMahon, 2012, s.6). Terapeuter som bærer på antagelsen om at sårbarheten primært er en last, og dermed unnviker erkjennelsen, kan hente nyttige refleksjoner fra tidligere psykologer og tenkere. I sine første utgivelser betraktet Jung terapeutens sårbarhet som en forurensning som burde elimineres, og han sammenlignet dette med viktigheten av at en kirurg har rene hender. Senere i hans karriere endret han imidlertid sin oppfatning og skrev at ”only the wounded physician heals” (Jung i Zerubavel & Wright, 2012, s.483), og med det omtaler han sårbarheten mer som en ressurs.

Welt og Herron (1990) skriver at terapeuten ikke behøver å strebe etter å være mer enn en ”god nok terapeut”. Denne tankegangen er inspirert av Winnicotts (2005) sentrale begrep ”good enough mother”. Winnicotts poeng er at barnet ikke trenger en perfekt mor for at optimal utvikling skal skje. Det kan tvert imot være tjenlig for barnet dersom ikke moren til enhver tid klarer å møte barnets behov. Dette begrunnes med at barnet da får utvikle seg gjennom å finne sine egne måter å håndtere frustrasjon på (ibid). Pasienter kan tilsvarende komme med et ønske om behovstilfredsstillelse fra terapeuten, men det er ikke nødvendigvis slik at dette må innfris for at terapiforløpet skal bli vellykket. Det kan derimot være slik at terapeutens ufullkommenhet kan være gunstig for pasienten. Winnicott gir med sitt begrep rom for terapeutens sårbarhet. Sårbarheten kan med andre ord være terapeutens styrke og behøver ikke å hindre pasienter i å oppnå tilfriskning og helse. Selvmedfølelsen er i tråd med tankegangen ”god nok terapeut”. Det å kun tilstrebe perfeksjon derimot, er ikke forenlig med selvmedfølelse (McCullough & Thornes, 2007).

McWilliams (2004) skriver at psykoterapi er en profesjon hvor ens største svakheter kan bli omformet til profesjonelle styrker, og hvor konfrontasjonen med egen smerte og lidelse kan gi dybde til det terapeutiske arbeidet. Det foreligger dessuten ikke evidens for at terapeuten må være en “Paragon of mental health” for å kunne utføre yrket (ibid). Hun finner støtte for sitt synspunkt i Greenson (1967, i McWilliams 2004) som sier at man er en bedre terapeut dersom man har lidd seg gjennom noen større emosjonelle vansker. Selvmedfølelse er i tråd med dette perspektivet ved at den ikke stiller krav til fullkommenhet, allvitenhet og perfeksjon.

Selvmedfølelse og sårbarhetsskam

Definisjon av sårbarhetsskam

Brown (2006) definerer skam som en intens smertefull følelse eller opplevelse av å være feil og derfor ikke verdig aksept og tilhørighet. Mens skyldfølelse er en opplevelse av ”å ha gjort feil”, er skamfølelsen opplevelsen av ”å være feil” (Farstad, 2011). Etymologisk har begrepet skam en germansk rot, skam/skem, og kan tilbakeføres til et indoeuropeisk uttrykk som betyr å dekke til eller skjule (Okkenhaug, 2009). Det finnes mange typer skam (Farstad, 2011) og Jan-Olav Henriksen (i Farstad, 2011, s. 42) presenterer begrepet sårbarhetsskam. Det vil si en form for skam knyttet til selvets grunnleggende og ufravikelige sårbarhet. Dette er definisjonen vi tar utgangspunkt i videre i oppgaven. Sårbarhetsskam handler om at man ikke klarer å leve opp til ønskede idealer i seg selv, og denne diskrepansen kan vekke skuffelse i en selv eller hos andre. En slik skam er også forbundet med det å ha fremstått som sårbar overfor andre, med et påfølgende behov for å skjule seg (Okkenhaug, 2009). Når sårbarheten skjules, forhindres man også i å erfare det fellesmenneskelige. Med dette forsterkes forestillingen om at man er den eneste som er sårbar.

Okkenhaug (2009, s.22) skriver at “skam kan bli som en brist på kjærligheten til oss selv”. Den som er svært skamfull, opplever seg ikke elskverdig, og slik skiller den seg også fra selvmedfølelsen. Det er stor forskjell på selvmedfølelse og skam som respons på sårbarhet. Selvmedfølelsen kommer sårbarheten i møte, skam forsøker å tildekke den. Skam hindrer åpen erkjennelse, og dermed frarøves man også muligheten til å lindre den smertefulle erfaringen med selvmedfølelse.

Sårbarhetsskam blant terapeuter.

Det foreligger flere indikasjoner på at sårbarhetsskam også er aktualisert hos terapeuter. En mengde litteratur omhandler terapeuters strev med sårbarhetsskam (Alonso & Rutan, 1988; Baker, 2002; Kottler & Blau, 1989; McWilliams, 2004).

Det foreligger, innenfor vår profesjon, en tendens til å fortie, avvise, tabuisere eller stigmatisere psykologer som viser sårbarhet. Stigmatiserende holdninger kan ligge til grunn for at mange terapeuter skammer seg over sin sårbarhet og ikke erkjenner den. Stigma knyttet til avdekkelse av egen sårbarhet, kan dessuten også forhindre terapeuter i selvivaretagelse (Zerubavel & Wright, 2012). Flere terapeuter kan bære på en antagelse om å måtte utvise en

særskilt god mental helse. Terapeuters skam over vansker med egen mental helse, kan være av interesse for videre utforskning (Sussman, 1995).

Sårbarhetsskam hos terapeuter kan ta ulik form. I et psykodynamisk perspektiv har overarbeiding blitt fortolket som et forsvar mot sårbarhet i form av overkompensasjon (Baker, 2002). Okkenhaug (2009) skriver at perfektjonsstrevet som flere akademikere utviser, er en form for overkompensasjon for en dypere opplevelse av skam. Dersom terapeuten fornektet sin sårbarhet, kan dette også komme til uttrykk i form av omnipotens og grandiositet (Marmor, 1953; Strømme, 2012b). Vi vil i fortsettelsen utdype narsissisme som et eksempel på sårbarhetsskam hos terapeuter.

Sårbarhetsskam og narsissisme blant terapeuter

Narsissisme i et sårbarhetsperspektiv

Narsissisme omtales hovedsakelig med en negativ konnotasjon, men narsissisme er ikke utelukkende forbundet med patologi (Stone, 1998). Furnham (2010) beskriver også kategorier av sunn narsissisme, som innebærer aksept av både sterke og svake sider. Her vil vi imidlertid problematisere den narsissismen som fungerer som et forsvar mot sårbarhet.

Ifølge Sedikides, Rudich, Gregg, Kumashiro og Rusbult (2004) anses ikke-patologisk narsissisme som en interpersonlig stil dominert av selvcentrerthet, grandiositet samt dominans og manipulasjoner. I et sårbarhetsperspektiv kan narsissisme, ifølge Brown (2012), vurderes som skam over underliggende sårbarhet. Personer med utpregede narsissistiske trekk kan i det skjulte erfare skam, svakhet, utilstrekkelighet, mangel på aksept, oppleve seg falsk og ikke verdig kjærlighet (McWilliams, 2004). Når selvfølelsen skades eller trues, kan man også mer midlertidig beskytte seg med det den psykoanalytiske litteraturen refererer til som et narsissistisk forsvar. Dette begrepet skiller seg fra en mer gjennomgripende narsissistisk personlighetsorganisering (ibid).

Binder (2011) skriver at narsissismens natur kan misoppfattes som "å være for glad i seg selv", men forskning har belyst at den narsissistiske selvkjærligheten tvert om kan være mangelfull. For eksempel viser en studie av Jordan et al. (2003) at høy grad av narsissisme korrelerer med såkalt "høy defensiv selvtillit". Dette innebærer en diskrepans mellom bevisste positive følelser overfor seg selv og ubevisste negative følelser overfor seg selv. Dette kan videre gi opphav til et skjørt og sårbart selv som må beskyttes mot trusler som kan

svekke selvtilliten (ibid). Som tidligere beskrevet er høy selvtillit assosiert med narsissisme, og dette er et av de mest kritiserte aspektene ved selvtillitskonseptet (Crocker & Park, 2004; Neff et al., 2007).

Narsissisme hos terapeuter

Litteratur viser forekomst av narsissisme også blant psykologstudenter og terapeuter (Baker, 2002; Finell, 1985; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; McWilliams, 2004; Strømme, 2012b). I starten av sin egenterapi kan flere terapeuter reagere med å innta en narsissistisk forsvarsposisjon for å ikke eksponere sin sårbarhet (Baker, 2002). Glickauf-Hughes og Mehlman (1995) fant at terapeuter med narsissistiske trekk hadde vansker med erkjennelse av sårbarhet i egenterapi.

En narsissistisk forsvarsstil kan innebære idealisering og devaluering, noe som betyr at man sammenligner og rangerer seg i forhold til andre (McWilliams, 2004). Psykologstudenter kan i løpet av studiet kjenne seg inkompetente og utilstrekkelige. Kompensatorisk atferd vil da kunne vise seg i form av skryting og overkritiske utsagn. Et annet eksempel på narsissistisk forsvar kan være at man vurderer en veileder som perfekt, og at man etterhvert identifiserer seg med han/henne. Denne idealutformingen, etterfulgt av identifikasjon, kan betraktes som et forsøk på å kompensere for en indre opplevelse av sårbarhet og tilkortkommenhet (ibid). Dette kan også indikere at disse psykologstudentene ikke benytter en selvmedfølende respons. Selvmedfølelse innebærer ikke en slik evaluering og dømming. Tvert imot er selvmedfølelsen aksepterende og innebærer å vise seg selv varme også når man feiler eller utviser mangelfull kompetanse (Neff, 2003a).

Forskning viser at personer med høy grad av selvmedfølelse, i motsetning til de med sterke narsissistiske trekk, har mindre fokus på egen og andres evaluering av seg selv, færre tanker om overlegenhet og mindre behov for å forsvare egne synspunkt mot de som stiller seg uenige (Neff, 2012). Den narsissistiske responsen innebærer at man ved negative tilbakemeldinger, ofte vil motsette seg og ignorere veiledningen. Dette reduserer muligheten til å lære av sine feil (Furnham, 2010). Ifølge McWilliams (2004) vil personer med sterke narsissistiske trekk forsøke å navigere bort fra erkjennelsen av egen feilbarlighet og forsøke å skjule sine feil for andre. Dette står i en sterk kontrast til en selvmedfølende holdning, der fellesskap i sårbarhet og feilbarlighet vektlegges (Neff, 2003a). Oppsummert har det

narsissistiske forsvaret en kostnad i form av å miste muligheten til å imøtekomme sårbarheten med selvmedfølelse.

Neff et al. (2007) har vist at selvmedfølelse og narsissisme er ukorrelerte, og det kan argumenteres for at selvmedfølelse og narsissisme representerer forskjellige tilnærminger til seg selv. Selvmedfølelsen kan møte egen sårbarhet og feilbarlighet med aksept og varme, mens en terapeut med et narsissistisk forsvar, vil kunne føle seg truet og ha behov for å forsvare seg mot sin sårbarhet.

Diskusjon

Terapeutens paradoks kan være dette: ”Jeg vil gjerne erfare din sårbarhet, men jeg vil ikke være sårbar selv”. I møte med pasienter normaliserer vi, viser empati og støtte. Samtidig strever mange terapeuter med å møte seg selv på samme måte og responderer i stedet med sårbarhetsskam. Hvordan kan denne tendensen brytes slik at sårbarheten kan navigere psykologen i retning mot selvivaretagelse fremfor mot skam og tildekkelse? I denne delen av undersøkelsen fant vi holdepunkt for at selvmedfølelse kan være en betydningsfull respons på sårbarhet. Dette ble tydeliggjort gjennom å sette den selvmedfølende responsen opp imot sårbarhetsskam. Vi vil hevde at sårbarhetsskam, i form av narsissisme, viste seg å være en mindre hensiktsmessig respons, sammenlignet med selvmedfølelse.

Oppsummert skiller selvmedfølelsen seg fra sårbarhetsskam ved at den gir rom for sårbarhet, i motsetning til å skjule den eller skyve den unna. Det å ikke erkjenne sin sårbarhet, frarøver først og fremst terapeuten muligheten til å møte seg med selvmedfølelse. I tillegg viste undersøkelsen at terapeuten unndrar seg en rekke andre fordelaktige gevinster ved å avverge erkjennelsen. Dette er argumentasjon som kan tas til inntekt for selvmedfølelse som en betydningsfull respons for terapeuten.

Ved oppstart av studiet hadde vi en forestilling om at vi i løpet av profesjonsutdanningen skulle lære å verne oss imot alle de smertefulle pasienthistoriene. Vi trodde vi burde lære det å ”ikke ta med jobben hjem”. Kanskje ser vi nå at terapeutens selvivaretagelse ikke bare handler om å beskytte seg, men like fullt om det å lære å la seg berøre? Selvmedfølelsen kan i så fall være et viktig bidrag. Den kan bidra til vern for terapeuten, men også som hjelp til å våge å la seg berøre av smertefulle realiteter. Selvmedfølelsen innebærer ikke unngåelse, den

konfronterer snarere vanskene. Ved compassion fatigue/ sekundærtraumatisering er nettopp unngåelse et hovedsymptom. Selvmedfølelse kan være betydningsfull ved slike vansker, da den innebærer et konfronterende aspekt.

Som vi har illustrert i oppgaven, kan sårbarheten fungere som en kontaktflate med pasienten og blant annet fasilitere empati. Selvmedfølelsen er viktig fordi den bistår til at dette kan skje. Vi vil hevde at selvmedfølelsen kan utruste terapeuten til å være sammen med pasientene i det smertefulle. Selvmedfølelsen kan også derfor sies å være en betydningsfull respons for terapeuten.

B) Kan selvmedfølelse bidra til adaptiv psykologisk fungering hos terapeuter?

Vi har nå undersøkt og argumentert for at en selvmedfølende respons på sårbarhet kan være av betydning for terapeuten. Videre vil vi undersøke hvorvidt selvmedfølelse kan bidra til adaptiv psykologisk fungering hos terapeuten. Vi vil her forstå adaptiv psykologisk fungering som terapeutens evne til å tilpasse seg og håndtere utfordringer som oppstår i forbindelse med yrket, på en slik måte at han eller hun kan fungere effektivt samt klare å ivareta egen psykiske helse.

Problemstilling B vil vi besvare ved å undersøke hvordan selvmedfølelse kan gi positive bidrag i møte med de terapeutiske utfordringene vi belyste i del 2. Dette gjelder vansker med emosjonsregulering, stress og utbrenthet samt det å inngå i ”omsorgssyklusen” (den gjentatte syklusen av tilknytning og separasjon med pasienter). I tillegg vil vi undersøke om empati og medfølelse for andre, er relatert til selvmedfølelse. Dette er fordi vi anser disse egenskapene som en del av adaptiv psykologisk fungering hos terapeuten. Til slutt vil vi diskutere og problematisere funnene våre.

Emosjonsregulering

Som vi tidligere har vist, er det en utfordring for terapeuten å regulere egne vanskelige følelser som kan oppstå i forbindelse med yrkesutøvelsen samt å skulle forholde seg til vanskelige følelser hos pasienten (McWilliams, 2004; Rønnestad & Skovholt, 2003). I denne

delen vil vi undersøke hvorvidt selvmedfølelse kan hjelpe terapeuter til bedret emosjonsregulering.

Selvmedfølelse og emosjonsregulering

Fra et teoretisk perspektiv hevder Neff (2003b) at selvmedfølelse kan være en strategi for emosjonsregulering. Strategien innebærer at man tillater seg å oppleve sine vanskelige følelser uten å unngå eller overidentifisere seg med dem. Videre innebærer den at man gir seg selv godhet og normaliserer sin opplevelse. Å innta en slik holdning til egne vanskelige følelser, kan hjelpe til med å dempe ubehaget og bidra til å generere positive følelser.

Ifølge Gilbert (2009) kan det å møte seg selv med varme og forståelse når man strever, stimulere vårt medfødte ”soothing system”, og generere følelser av trygghet, ro og omsorg. Selvmedfølelsen kan dermed involvere både kognitive reguleringsmekanismer (rette oppmerksom mot vanskelige følelser, samt normalisere) og emosjonelle reguleringsmekanismer (gi seg godhet og varme) i møte med vanskelige følelser. Vi vil nå undersøke om det finnes belegg for disse antagelsene i empirien.

Sammenhengen mellom selvmedfølelse og emosjonsregulering

Det foreligger dokumentasjon som belyser relasjonen mellom selvmedfølelse og emosjonsregulering. Depresjon og angst er tilstander som særlig kjennetegnes av vansker med emosjonsregulering (Werner & Gross, 2010). I en større metaanalyse fant MacBeth og Gumley (2012) at selvmedfølelse hadde en sterk negativ korrelasjon med symptomer på depresjon og angst. Raes (2010) undersøkte denne sammenhengen nærmere. Han fant at forholdet mellom selvmedfølelse, depresjon og angst var mediert av henholdsvis ”brooding” og bekymring. ”Brooding” kan forstås som en type grubling kjennetegnet av selvkritisk, emosjonspreget dveling, og bekymring forstås som repeterende tanker omkring mulige trusler, risiko, usikkerhet og innbilte katastrofer.

Neff, Hsieh & Dejitterat (2005) fant at selvmedfølelse var positivt korrelert med emosjonsfokuserte mestringsstrategier preget av aksept og positiv tolkning av hendelsen, og negativt korrelert med mestringsstrategier preget av unngåelse, samt fokus på negative følelser. Neff (2003b) har også vist at selvmedfølelse har en sterk sammenheng med emosjonell intelligens, målt ved ens evne til å oppleve egne følelser med klarhet samt å reparere og regulere negative følelsestilstander. Disse funnene gir støtte til at selvmedfølelse

er relatert til ens evne til emosjonsregulering, og at selvmedfølelsen kan være beskyttende i situasjoner der vanskelige følelser oppstår. Vi vil videre undersøke om det foreligger intervensjonsstudier som kan belyse koblingen mellom selvmedfølelse og emosjonsregulering.

Økt selvmedfølelse og emosjonsregulering

Noen intervensjonsstudier har vist at selvmedfølelse kan økes, og at økningen er relatert til økt positiv affekt, og redusert negativ affekt. Neff og Germer (2013) undersøkte effekten av sitt MSC (mindful self-compassion)-program i en randomisert kontrollert studie. Dette er en 8 ukers workshop, designet for å øke selvmedfølelse. Resultatet viste at deltakernes selvmedfølelse økte signifikant i løpet av kurset, og holdt seg på samme nivå i opptil et 1 år etter intervensjonen. Økningen i selvmedfølelse var relatert til en reduksjon i blant annet depresjon og angst. Mindfulness økte også signifikant for deltakerne, men økningen i mindfulness gav ikke ytterligere forklaringsverdi til deltakernes reduksjon i depresjon og angst.

I sin doktorgradsavhandling belyser Moore (2013) også hvilken rolle selvmedfølelse og mindfulness har for emosjonsregulering. Hun fant at både mindfulness og selvmedfølelse var negativt korrelert til dysregulering og emosjonelle plager, men at selvmedfølelse representerte det mest unike bidraget til å forklare negativ korrelasjon med emosjonell dysregulering. Disse resultatene indikerer at selvmedfølelse har et unikt bidrag til emosjonsregulering, som ikke forklares av mindfulness. Videre vil vi belyse hvordan selvmedfølelse i praksis kan se ut for terapeuter.

Erfaring med selvmedfølelse og emosjonsregulering

I en kvalitativ studie av Boellinghaus (2011) ble det undersøkt hvordan terapeuter opplevde å være på kurs der de lærte å praktisere ”Loving-Kindness”- meditasjon. Dette er en meditasjonsform utviklet for å blant annet øke selvmedfølelsen. Flere av deltakerne fortalte at de opplevde å bli mer aksepterende overfor seg selv, og spesielt overfor egne vanskelige følelser. Noen opplevde at praksisen hjalp dem til å bedre romme disse følelsene. Loving-Kindness meditasjon bidro også til å bli trygg med egne følelser, slik at de kunne *oppleves* i stedet for å undertrykkes.

Ifølge Jennings og Skovholt (1999), kjennetegnes ”master therapists” ved evnen til å tåle og romme pasienters sterke følelser. Denne egenskapen har imidlertid sammenheng med terapeutens evne til å være oppmerksom på og tåle egne smertefulle følelser. Boellinghaus (2011) viste i sin analyse at det var nettopp dette flere av deltakerne erfarte.

Med bakgrunn i funnene vi her har presentert, vil vi foreslå at kultivering av selvmedfølelse kan være en hensiktsmessig måte for terapeuter å hjelpe seg selv på. Våre funn indikerer at selvmedfølelsen kan føre til økt adaptiv psykologisk fungering i møte med emosjonelt utfordrende terapeutiske situasjoner.

Utbrenthet og stress

Som vist i del 2 er terapeuters arbeidssituasjon ofte preget av stress. Terapeuter kan som følge av både personlige og jobbmessige utfordringer, oppleve stressreaksjoner samt være utsatt for utbrenthet og ”compassion fatigue”. Ifølge APA (2014) er ikke sårbarhet for stress et uttrykk for patologi i terapeuten, men heller en konsekvens av psykologyrkets utfordringer. Vi vil her utforske om selvmedfølelse kan ha noe å tilby som preventiv metode for å håndtere stress og hindre utbrenthet hos terapeuter.

Selvmedfølelse og selvbevissthet (self-awareness)

APA (2014) uthever at i møte med en stressende hverdag, er vår sterkeste beskyttelse vårt nivå av selvbevissthet. Med terapeutens selvbevissthet mener vi her det å gjenkjenne og å ha oppmerksomhet på umiddelbare tanker, følelser, fysiologiske responser og atferd (Nutt Williams & Fauth, 2005).

Baker (2002) fremhever selvbevissthet som et kjerneelement i terapeutens regulering av seg selv som person og profesjonell. I dette ligger det at kun når vi er oss *bevisst* våre behov og begrensninger, kan disse imøtekommes med selvivaretagelse (ibid). Det er imidlertid ikke bare bevisstheten i seg selv som er viktig, men også hvordan terapeuten håndterer den (Nutt Williams & Fauth, 2005). Det kan for eksempel tenkes at terapeuten som oppdager sin egen angst og blir selvkritisk i møte med egne følelser, kan reagere med økt stressnivå. Det kan derfor argumenteres for at oppøving av selvbevissthet bør foregå innenfor rammer som også involverer aksept og varme følelser mot seg selv.

Mindfulness, som er en forutsetning for, og en del av selvmedfølelsen, involverer oppøving av selvbevissthet. I selvmedfølelse innebærer komponenten mindfulness nettopp å vende oppmerksomheten sin mot smertefulle følelser og tanker med en holdning av godhet, varme og forståelse (Neff, 2003a).

Selvmedfølelse og balansering av selv-andre interesser

Et annet viktig aspekt som er viktig for selvivaretagelse hos terapeuter, er balansering av selv-andre interesser (Baker, 2002). Skovholt og Trotter (2011) beskriver balanseringen mellom selv og andre som et *evig menneskelig drama*, som er særskilt intenst for terapeuter. For terapeuter kommer den andre i et sterkt fokus, og det kan være lett å miste kontakt med egne behov. En viktig ingrediens i balanseringen av selv-andre interesser, er å minne seg på at selvivaretagelse er nødvendig for å kunne gi kompetent omsorg for andre. Dette innebærer ”an obligation to monitor oneself and constantly be nurturing of self” (Skovholt & Trotter-Mathison, 2011, s.161).

Selvmedfølelse kan være til hjelp i forbindelse med balansering av ivaretagelse av selv og andre. Ved å innta et fellesmenneskelig perspektiv, kan man gjenkjenne at egne behov har verdi og gyldighet, på lik linje med andres. Selvmedfølelse innlemmer også en balanse mellom det å være i kontakt med seg selv og sine behov, uten å bli selvsentrert (Neff & Vonk, 2009).

Sammenhengen mellom selvmedfølelse, stress og utbrenthet

Det foreligger flere studier som har sett på sammenhengen mellom selvmedfølelse og håndtering av stress. MacBeth og Gumley (2012) undersøkte korrelasjonen mellom opplevd stress og selvmedfølelse i 6 studier, og fant en relativt stor negativ korrelasjon ($r = -0.54$) mellom de to faktorene.

Fra et fysiologisk perspektiv undersøkte Breines et al. (2014) hvorvidt selvmedfølelse hadde sammenheng med stressindusert inflammasjon. De fant at deltakere som hadde høyere selvmedfølelse, hadde lavere inflammatorisk respons (målt ved plasmakonsentrasjon av interleukin-6) på laboratoriebaserte psykososiale stressorer. Breines et al. (2014) foreslår at selvmedfølelse kan være spesielt relevant for å moderere stressindusert inflammasjon. Selvmedfølelse kan ha funksjonell likhet med opplevd sosial støtte, noe som tidligere har blitt koblet til bedre immunforsvar.

Det foreligger noe forskning som har sett på forholdet mellom selvmedfølelse og utbrenthet hos terapeuter. Amrani (2011) fant i sin doktorgradsavhandling at det hos 301 terapeuter forelå en sterk sammenheng mellom høy selvmedfølelse og lav grad av utbrenthet målt ved Maslachs skala. Denne skalaen for utbrenthet måler tre komponenter; emosjonell utmattelse, depersonalisering og prestasjon.

I en annen doktorgradsavhandling sammenlignet Ringenbach (2009) nivå av selvmedfølelse hos en gruppe terapeuter som mediterte med en gruppe som ikke mediterte. Han fant at gruppen som mediterte hadde signifikant høyere nivå av selvmedfølelse, samt lavere nivå av utbrenthet enn kontrollgruppen. Selvmedfølelse hos deltakerne var dessuten positivt korrelert til ”compassion satisfaction”, definert som gleden et individ opplever ved å være i stand til å utføre sitt arbeid på en god måte (Stamm, 2005), og negativt korrelert til utbrenthet og ”compassion fatigue”. Ringenbach (2009) fant også at de som brukte mer tid på selvivaretakelse, hadde høyere nivå av ”compassion satisfaction” enn de som brukte lite tid på dette. Dette funnet kan tas til inntekt for at tiden man bruker på selvivaretakelse kan ha en betydning for hvilken effekt handlingene har.

Vi vil videre undersøke om det foreligger intervensjonsstudier som kan støtte antagelsen om at selvmedfølelse kan påvirke personers grad av opplevd stress.

Effekten av økt selvmedfølelse

Flere intervensjonsstudier har undersøkt om selvmedfølelse kan økes, og hvilke effekter en slik eventuell økning kan ha.

Birnie, Speca og Carlson (2010) fant i en intervensjonsstudie som brukte MBSR (Mindfulness-based-stress-reduction)- programmet, at en økning i selvmedfølelse predikerte reduksjon i symptomer på stress hos deltakerne. Gard et al. (2012) undersøkte effekten av et 4 måneders Kriyali—yogaprogram. De fant at etter kurset var det en signifikant reduksjon i deltagerens opplevelse av stress. Denne endringen var hos deltakerne mediert av en økning i selvmedfølelse.

Newsome, Waldo og Gruszka (2012) undersøkte hvilken effekt et 6 ukers mindfulnessprogram hadde på helsefagsstudenter (for eksempel sykepleiere, leger, psykologer med flere). De fant en signifikant økning i selvmedfølelse og mindfulness etter

kurset samt en signifikant reduksjon i deltagernes opplevelse av stress. Ved målinger en måned etter avsluttet intervensjon, var det ingen signifikante endringer i selvmedfølelse, mindfulness og stress, noe som indikerer at effekten holdt seg stabil.

En annen studie av Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman og Glover (2008) fant indikasjoner på at øvelser for å øke selvmedfølelse (Compassionate Imaging) var assosiert med redusert nivå av stresshormonet kortisol.

Det er dermed flere studier som indikerer at økt selvmedfølelse kan ha innvirkning på opplevelse av stress. Vi vil nå vise til noen kvalitative studier for å belyse hvordan opplevelsen av selvmedfølelse kan være relatert til stresshåndtering og forebygging av utbrenthet.

Erfaring med selvmedfølelse

Kvalitative studier kan utdype vår forståelse av hvordan selvmedfølelse erfares for den enkelte terapeut. I en narrativ studie av Patsiopoulos & Buchanan (2011) ble erfarne terapeuter intervjuet om hvilken betydning selvmedfølelse hadde for deres yrkesutøvelse. De fant at en selvmedfølelse holdning blant annet støttet terapeuten i å håndtere jobbrelatert stress. Som en av deltakerne i studien kommenterte: "What's so important about having self-compassion? Three words: Avoidance of burnout." (Patsiopoulos & Buchanan, 2011).

En deltager i Boellinghaus sin kvalitative studie utdypet hvordan øvelsene virket inn på bevisstheten rundt eget behov for selvivaretagelse: "It just helped me realise and becoming aware and reflect on what this type of work is taking from me and how exhausting it is and, (...) in order for me to be kind to others I also need to learn to be kind to myself." (Boellinghaus, 2011).

Funnene vi har vist til i denne seksjonen, støtter antagelsen om at selvmedfølelse kan hjelpe terapeuten til å redusere opplevelsen av stress, samt være en preventiv metode for å forhindre utbrenthet hos terapeuter.

”Omsorgssyklusen” og terapeutens tilknytning

Som tidligere vist kan et krevende element ved terapeutyrket være å gå inn i ”omsorgssyklusen”. Dette innebærer at terapeuten gjentatte ganger må tilby enveisomsorg som involverer å etablere, opprettholde og avslutte godartede relasjoner til sine pasienter. Vi vil her utforske om selvmedfølelse kan være til hjelp ved terapeutens tilknytningsproblematikk, ettersom slike vansker kan hindre adaptiv psykologisk fungering hos terapeuten.

Utrygg tilknytning og fiendtlighet hos terapeuter

Å tilby en positiv og inkluderende tilknytning til pasienter som har negative og konfliktfylte indre arbeidsmodeller, kan være en utfordring. Denne utfordringen kompliseres ytterligere dersom terapeuten selv har tilknytningsproblematikk (Skovholt & Trotter-Mathison, 2011; Skovholt, 2005). Det er vist at tilknytningsproblematikk kan ha konsekvenser for personers kapasitet til omsorg for andre. I en studie av Mikulincer og Shaver (2005) ble sammenhengen mellom tilknytning og medfølelse for andre undersøkt. De fant at trygg tilknytningsstil hadde sammenheng med medfølelse og omsorg for andre, mens utrygg tilknytningsstil forstyrret evnen til medfølelse og omsorg.

En annen studie av Sauer, Lopez og Gormley (2003) fant at terapeutens utrygge tilknytning, særlig ved engstelig tilknytningsstil, kunne bli problematisk med henhold til utviklingen av den tidlige arbeidsalliansen. Henry, Schacht og Strupp (1990) fant i tillegg at terapeuter som rapporterte fiendtlige holdninger overfor seg selv, i større grad ble observert å ha en atferd i terapirommet preget av avstand (disaffiliate).

Disse funnene gir støtte til nødvendigheten av at terapeuten er bevisst på, og arbeider med, egen tilknytningsproblematikk. Videre vil vi undersøke hvordan selvmedfølelse er relatert til tilknytning.

Selvmedfølelse og tilknytning

Trygg tilknytning kan gi opphav til indre arbeidsmodeller av andre som trygge, hjelpsomme og støttende. Opplevelsen av andre som trygge og støttende, kan fungere som modell og kilde til selvtrøst hos individet. I kontrast til dette kan personer med utrygg tilknytning fokusere på andre som kilde til trussel, og de kan være spesielt sensitive og oppmerksomme på andres

makt til å kontrollere, såre eller avvise dem. Dette kan også gi opphav til selvkritikk og selvfordømming i form av å ikke være bra nok eller føle at de ikke lever opp til andres standard, noe som kan øke individets opplevelse av indre trussel (Gilbert & Procter, 2006).

Med bakgrunn i denne kunnskapen, er det grunnlag for å tenke at det foreligger en korrelasjon mellom selvmedfølelse og tilknytning. Flere studier har vist at dette er tilfelle, og at selvmedfølelse er positivt korrelert med trygg tilknytning og negativt korrelert med utrygg tilknytning (Neff & Beretvas, 2013; Neff & McGehee, 2010).

Det er også vist at selvmedfølelse kan ha relevans for relasjonell fungering. En studie av Neff og Beretvas (2013) undersøkte forholdet mellom blant annet selvmedfølelse, tilknytning og tilfredshet med forholdet hos par. De fant at hos par var partnerens grad av selvmedfølelse sammenfallende med den andres partens tilfredshet med forholdet. De som hadde høy selvmedfølelse ble også beskrevet av partneren sin som signifikant mer omsorgsfulle (varm, hengiven, omtenksom) enn de som hadde lav selvmedfølelse. Det overraskende i denne studien slik Neff og Beretvas viser, er at tilknytningsstil her ikke predikerte noen utfall ved forholdet etter at det ble korrigert for selvmedfølelse. Dette er slik vi ser det, spesielt interessant i denne sammenheng fordi det støtter antagelsen om at selvmedfølelsen har en betydning for tilknytning og relasjonell fungering.

Et spørsmål av betydning i forbindelse med funnene vi her har presentert, er om oppøving av selvmedfølelse kan ha en effekt på terapeutens tilknytningsproblematikk. Dette vil vi undersøke i neste seksjon.

Kan endring i selvmedfølelse ha betydning for tilknytningsproblematikk?

Ifølge Gilbert (2009) kan det å være selvmedfølende, redusere individets opplevelse av trussel, samt øke følelser av trygghet og ro. Flere forskere og terapeuter argumenterer for at selvmedfølelse er en motvekt til selvkritikk og fiendtlighet overfor seg selv, og at økt selvmedfølelse er et viktig utfall ved terapi (Berggraf et al., 2013; Gilbert & Procter, 2006; Schanche, Stiles, McCullough, et al., 2011; Young-Eisendrath, 2001).

Det foreligger klinisk forskning som viser at økt selvmedfølelse i terapi kan være til hjelp ved interpersonlige problemstillinger (Berggraf et al., 2013; Schanche, Stiles, McCullough, et al., 2011). Berggraf fant i sin studie av pasienter med unnnvikende personlighetsproblematikk, at

økt medfølelse opplevelse av selv predikerte reduksjon av fiendtlig-dominerende og fiendtlig-underkastende atferd, i tillegg til kulde, sosial –unnvikelse og hevngjerrig interpersonlig atferd. Dette var tilfelle for pasienter som mottok korttidsdynamisk terapi (KTDT), men ikke kognitiv terapi (KT) (Berggraf, 2014, personlig kommunikasjon).

Man vet ikke hva som kan forklare forskjellen mellom de to behandlingsbetingelsene, men det antas at det skyldes forskjellig terapeutatferd. Som terapeut i korttidsdynamisk terapi er det viktig at man fremstår som rollemodell og tilbyr en aktiv emosjonell og interpersonlig ”treningsarena” for pasientene sine. I kognitiv terapi skal terapeuten fungere som en pedagogisk, sokratisk undersøkende lærer og guide med fokus på tanke- og handlingsmønstre. Disse forskjellene kan kanskje også indikere hvor mye selvmedfølelse får fokus når man utdannes til å bli korttidsdynamisk versus kognitiv terapeut, noe som videre kan ha implikasjoner for hvordan man lærer å håndtere egen sårbarhet, stressreaksjoner og symptomer på utbrenthet (ibid).

Det foreligger funn som viste at økt tilgang til adaptive følelser var relatert til økt medfølelse opplevelse av seg selv, for pasienter som mottok både KTDP og KT (Berggraf et al., 2014). Det er ikke usannsynlig at det å øke evnen til å erfare og uttrykke adaptive følelser også vil være viktig for terapeuters utvikling av en mer medfølelse opplevelse av seg selv, og at dette videre kan ha gunstig effekt på terapeutens interpersonlige stil/evner (Berggraf, 2014, personlig kommunikasjon).

Hos noen foreligger det frykt for selvmedfølelse, noe som vi vil undersøke nærmere i del C av oppgaven. Gilbert, McEwan, Matos og Ravis (2011) fant imidlertid at frykt for selvmedfølelse var sterkt korrelert med engstelig tilknytningsstil hos en gruppe terapeuter. Forskerne foreslår at frykt for positive følelser for selv, kan være et behandlingsmål i terapi. Om det foreligger frykt for selvmedfølelse og tilknytningsproblematikk hos terapeuten, tenker vi at dette kan indikere behov for egenerapi hos terapeuten.

Med bakgrunn i funnene vi her har presentert, vil vi argumentere for at selvmedfølelse, (å gi seg selv varme, omsorg og trøst når man strever), kan være viktig for å imøtekomme terapeutens tilknytningsutfordringer. Ved å utvikle selvmedfølelse, enten via egenerapi eller ved andre metoder, kan terapeuten oppøve sin kapasitet til selvtrøst samt bli sin egen trygge base i møte med utfordringer som gir opphav til utrygghet hos terapeuten.

Empati og medfølelse for andre

Vi har nå vist at selvmedfølelse kan være til hjelp i møte med terapeutiske utfordringer. Vi vil videre kort undersøke hvordan selvmedfølelse er relatert til positive faktorer som empati og medfølelse for andre. Dette tenker vi kan bidra til adaptiv psykologisk fungering hos terapeuten ved sin innvirkning på terapeutens relasjonelle kompetanse.

Neff og Pommier (2012) fant i en studie at selvmedfølelse er korrelert med empatisk omtanke, altruisme og tilgivelse. En studie av Longe et al. (2009) fant ved bruk av fMRI-teknologi at å instruere en gruppe forsøkspersoner til å være selvmedfølende, var assosiert med nevronal aktivitet som ligner på den som oppstår når følelser av empati for andre vekkes. Dette kan indikere at det foreligger en sammenheng mellom økt selvmedfølelse og medfølelse for andre.

En studie av Neff og Germer (2013) har også undersøkt dette forholdet. De fant en signifikant økning i empati for andre som målt med "Compassion for other scale" etter 8 ukers program med MSC (Mindful Self Compassion)-trening. Oppfølgingsstudier viste at det ikke var signifikante endringer i resultatet etter 6 og 12 måneder, noe som indikerer at endringen i medfølelse for andre holdt seg stabil over tid. Dette funnet støtter antagelsen om at kapasiteten til medfølelse for andre kan økes ved å trene på selvmedfølelse.

Slike funn indikerer at selvmedfølelse hos individet også kan gi ringvirkninger for personens relasjonelle fungering i form av økt medfølelse og empati for andre. Dette kan tenkes å være spesielt interessant for terapeuter som i sitt yrke bruker disse egenskapene til å hjelpe andre.

Diskusjon

Med bakgrunn i våre funn vil vi hevde at selvmedfølelse kan bidra til å øke terapeuters adaptive psykologiske fungering. Holdepunkt for dette er funn som indikerer at selvmedfølelse kan gi bedret emosjonsregulering, være en buffer mot stress og utbrenthet samt imøtekomme tilknytningsproblematikk og gi bedret interpersonlig fungering. I tillegg har vi sett at selvmedfølelse kan gi økt adaptiv psykologisk fungering ved sin innvirkning på terapeutens empati og medfølelse for andre. Vi vil videre diskutere funnene vi har presentert.

I en studie av Boellinghaus (2011) ble det funnet at deltakere som kultiverte selvmedfølelse gjennom Loving-Kindness meditasjon, hadde god effekt av øvelsene. Imidlertid var det flere av deltakerne som fortalte at det kunne være emosjonelt utfordrende å gjøre disse. Øvelsene vekket sterke følelser, og det å se på seg selv med et varmt blikk var for noen smertefullt. Dette viser at det å være selvmedfølende kan være en kompleks og krevende prosess, som krever arbeid og investering. Man må makte introspeksjon og å kjenne på sterke følelser for å bli mer selvmedfølende. Selvmedfølelsen kan utvikles både ved trening på egenhånd og ved terapi. Det kreves uansett motivasjon og dedikasjon av terapeuten for å gjøre forandringer i eget liv på dette området. Utviklingsprosessen knyttet til selvmedfølelse kan være svært krevende og vi kan ikke hevde at selvmedfølelse er en lettvinnt ”quick-fix”. Som vi understrekte i del 1 av oppgaven, må selvmedfølelsen både inneha en kognitiv, fysiologisk og atferdsmessig komponent for å *erfares* fullt ut. Kunnskap om selvmedfølelse er med andre ord utilstrekkelig.

Ifølge Skovholt og Trotter (2011) vil flertallet av erfarne terapeuter etter hvert klare å regulere egne følelser og håndtere profesjonelle utfordringer. Over tid og med erfaring blir terapeuten mindre fordømmende og får mer forståelse både overfor seg selv og andre. Den erfarne terapeuten er, sammenlignet med novisen, mer forsont med livets uforutsigbarhet og har mer toleranse for menneskelig variabilitet. Kanskje har disse terapeutene opparbeidet en mer selvmedfølende holdning gjennom livserfaring og derfor kommer gunstigere ut? Noviser ser ut til å i større grad enn den erfarne terapeut å ha bruk for selvivaretagelse (ibid). Vi vil her foreslå at det å utvikle selvmedfølelse kan være en vei mot å utvikle de gunstige karakteristikkene som vi ser hos erfarne terapeuter.

Det foreligger noen begrensninger ved de funnene vi har presentert i denne delen av undersøkelsen. I forskningen på selvmedfølelse er det for eksempel flest korrelasjonsstudier, og flere av våre funn er basert på disse. Ulempen med dette forskningsdesignet er at det ikke gir informasjon om årsakssammenheng. Det er også slik at intervensjonsstudiene vi har presentert, ikke gir svar på hvorvidt det er selvmedfølelse som medfører de endringene som observeres. Det kan være slik at det er andre faktorer som har forklaringsverdi. De kvalitative studiene vi har presentert, kan utdype og gi fenomenologisk informasjon, men resultatene er ikke direkte generaliserbare. På grunn av disse begrensningene vil vi understreke at det behøves mer forskning som kan si oss hvorvidt selvmedfølelse har betydning for adaptiv psykologisk fungering hos terapeuter.

C) Hvordan kan vi forstå motstand mot selvmedfølelse hos terapeuten?

Som vist i de foregående delene, kan selvmedfølelsen være av betydning som respons på sårbarhet samt være gunstig med henblikk på adaptiv psykologisk fungering. Kliniske observasjoner viser imidlertid at mange frykter selvmedfølelsen (Gilbert et al. 2011). Evidens fra klinisk praksis, tilknytningspsykologi (Gilbert, 2011) og fysiologisk forskning (Longe et al., 2010) indikerer at individer kan oppleve selvmedfølelse som vanskelig eller truende. Nylig har Gilbert et al. (2011) utviklet et måleverktøy for frykt for selvmedfølelse, "Fear of Compassion Scale". Dette er et viktig bidrag til forskning på motstand mot selvmedfølelse.

Ifølge McCullough og Thornes (2007) kan motstand mot selvmedfølelse betraktes som universell, og forekomme både blant pasienter og terapeuter. Det foreligger studier som dokumenterer motstand mot selvmedfølelse i terapeutpopulasjoner (Gilbert et al., 2011; McMahon, 2012), noe også annen litteratur og forskning understøtter (Baker, 2002; McCullough & Thornes, 2007; McWilliams, 2004; Strømme, 2012). I følgende del vil vi undersøke mulige forklaringsmodeller på fenomenet motstand.

Begrepet motstand i et psykodynamisk perspektiv

Motstand er et begrep som er sterkt forankret i den psykodynamiske tradisjonen, og vi velger derfor å belyse dette perspektivet i særskilt grad i denne delen av oppgaven.

Freud (1894,1895, i Della Selva, 1996) skrev tidlig i sitt arbeid at pasienter kan mobilisere krefter, eller såkalt forsvar, for å forhindre oppmerksomhet rettet mot smertefulle og angstprovoserende tanker og følelser. Forsvar består av kognitive, emosjonelle og interpersonlige strategier som individet benytter for å holde angstprovoserende tanker og følelser utenfor oppmerksomheten. I litteraturen har begrepene forsvar og motstand blitt benyttet om hverandre (Della Selva, 1996). Freud påpekte at det var av stor betydning å hjelpe pasienten til å overkomme motstand mot affekt (Freud, 1900, i Della Selva, 1996). Videre skrev han at "Overcoming of resistances is the part of our work that requires the most time and greatest trouble"(ibid).

I et psykodynamisk perspektiv har fokus på motstand med andre ord blitt viet stor plass. Gilbert et al. (2011) benytter ikke begrepet motstand, men betegner disse prosessene som

frykt for selvmedfølelse. Tilsvarende skriver McCullough et al. (2003) om *fobi* mot selvmedfølelse. Vi kan samle denne begrepsbruken under fellesbetegnelsen motstand. Vi vil i denne delen benytte begrepet motstand om prosesser som hindrer selvmedfølelsen i å få plass i terapeuten.

Motstand forstått som frykt for positive følelser

Gilbert, McEwan, Catarino, Baião, og Palmeira (2013) plasserer selvmedfølelsen inn under positive emosjoner. Disse forskerne viser at positive emosjoner, inkludert selvmedfølelse, kan bli aversive for individet. Dersom frykten forblir uadressert, kan den medføre blokkering og unngåelse av positiv affekt. Konsekvensen av dette kan bli at individet unnlater å engasjere seg i aktiviteter som fremmer positive affekter. Dette får støtte av en forskningsgjennomgang av empiriske studier, som finner at individer unngår affekt som oppleves truende (Chawla & Ostafin, 2007). Undersøkelser viser at frykt for positive følelser er et viktig aspekt for å forstå vansker med mental helse (Gilbert et al., 2013). Positive følelser inngår i et såkalt soothing system og kan fremme velvære via påvirkning på nevrofysiologiske prosesser. Motstand mot positive emosjoner kan slik ha alvorlige konsekvenser for mental og fysisk helse (ibid). Dette understreker hvor viktig det kan være for terapeutens helse å identifisere og gjennomarbeide frykten som skaper motstand.

Det foreligger ulike forklaringer på hvorfor personer har motstand mot positive følelser. Arieti og Bemporad (1980, i Gilbert et al. 2013) identifiserte det de kalte for ”taboo on pleasure”; en frykt for positive følelser. Noen av deltakerne i deres studie oppga en antagelse om at ”dersom jeg er tilfreds i dag, så vil noe vondt hende i morgen”. En annen forklaring er at barn som har opplevd å bli straffet eller truet ved hendelser hvor barnet var i en tilstand av positiv affekt, kan senere forbinde positiv affekt med noe negativt eller vanskelig (Shaver & Mikulincer, 2002). Dette er forskning som kan forstås i lys av klassisk betinging, der positiv affekt kan trigge negativ affekt (Gilbert et al., 2013). Dette kan forklares slik: ”Emotions that fire together, can wire together” (ibid, s.3).

Affektfokusert Dynamisk Terapi

Affektfokusert Dynamisk Terapi (ADT) er som nevnt en terapiform som blant annet har som mål å øke selvmedfølelse (McCullough et al., 2003). ADT fokuserer spesielt på affektenes rolle i utvikling og opprettholdelse av psykopatologi. Personer kan ha fobi mot ytre stimuli

(f.eks slanger, heis, broer), men kan også ha fobi mot indre stimuli i form av affekt. Sistnevnte kalles affektfobi (Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg, & Nielsen, 2011; McCullough & Thornes, 2007). Ved å betrakte unngåelse av affekt som en fobi, kan man benytte prinsipp om desensivering og eksponering i behandlingen av fobien (McCullough & Thornes, 2007). Affektfobi antas å oppstå når inhiberende følelser (for eksempel skam, skyldfølelse, forakt) skaper ubehag eller er av en slik styrke at de hindrer adaptive, aktiverende følelser (for eksempel selvmedfølelse, sinne/ selvhevdelse, glede, sorg (McCullough et al., 2003). Et eksempel er når skamfølelsen hindrer opplevelsen av selvmedfølelse. ADT har som hypotese at individets mangel på selvmedfølelse kan handle om konflikter, frykt eller skam knyttet til følelser (McCullough & Magill, 2009).

McCullough & Thornes (2007) benytter seg av Malans konflikttriangel for å illustrerer sin teori om fobi mot selvmedfølelse. Figuren viser hvordan forsvar (D-pole) og særlig skam (A-pole), kan blokkere for *positive følelser for selv* (I/F-pole), en generell kategori som inkluderer selvmedfølelsen. Forsvar mot selvmedfølelse (D-pole) inkluderer selvangrep og selvkritiske responser. De inhiberende følelsene skam og usunn skyld (A-pole) spiller en stor rolle i å blokkere for selvmedfølelse.



Figur 1: Konflikttriangel vedrørende fobi mot selvmedfølelse

McCullough et al. (2003) skriver at når man åpner opp for varme følelser for seg selv, så kan en reaksjon av sorg oppstå. Årsaken til dette kan være at man da innser at man har unndratt seg disse varme følelsene over lengre tid, og man kan bli redd for å ikke få erfare dem i fremtiden (ibid). Forskning gir støtte til at selvmedfølelse kan aktivere sorg over å ikke ha mottatt ønsket medfølelse fra andre, noe som får frem opplevelsen av indre ensomhet og lengselen etter aksepterende vennskap (Gilbert 2011). For å avverge følelsen av sorg, kan personen gå i motstandsposisjon mot selvmedfølelse. Et sentralt ledd i behandlingen av affektfobi, er å bistå klienten i arbeidet med å utvikle mottaksapparat (receptive capacity) for

varme følelser. En erfaring med selvmedfølelse kan motivere til å gi slipp på motstanden og forsvaret mot denne følelsen (McCullough et al., 2003).

Dersom det ikke vekkes sorg over at forsvaret mot selvmedfølelse har hatt en pris, kan dette, ifølge McCullough et al. (2003), indikere at forsvaret mot selvmedfølelse er egosyntont. Det vil si at forsvaret er integrert som en del av personlighetsutforming (Della Selva, 1996). Personer som ikke klarer å distansere seg fra sitt forsvar, og evaluere fordeler og ulemper ved det, kan mangle en mer fundamental kapasitet til kjenne disse følelsene. I behandling av affektfobi anbefales det da å arbeide med selv-restrukturering (McCullough et al., 2003). Dersom selvmedfølelsen trigger en sorg som har vært svært ukjent eller avstengt, kan personen reagere med overveldelse, eller i ytterste konsekvens dissosiasjon. Dissosiasjon innebærer mangelfull kontakt med seg selv. Det at motstanden kan være av en slik alvorlig karakter, kan illustrere hvor truende selvmedfølelsen kan være for noen (Gilbert, 2011).

Della Selva (1996) som er en representant for korttidspyskodynamisk terapi (ISTDP/KTDT), foreslår at man kan utføre en cost-benefit-analyse av forsvaret sitt mot den truende affekten, her selvmedfølelse. Motstand/forsvar mot selvmedfølelse kan også ha gitt en form for vinning. For å kunne forstå hvorfor det forekommer motstand mot selvmedfølelse, kan det med andre ord være klagende å utforske hva motstandens funksjon og belønning har vært samt validere at dette er måter individet har forsøkt å beskytte seg på.

Tilknytningens betydning for motstand mot selvmedfølelse

Vansker med emosjonshåndtering har blitt assosiert med tidlige traumer og problematisk tilknytning (Aust, Härtwig, Heuser, & Bajbouj, 2013; Wearden, Lamberton, Crook, & Walsh, 2005). Med henblikk på det å klare å slippe til og erfare emosjoner, er validering fra andre blitt regnet som en nøkkelprosess. Dette gjelder særlig i tidlige tilknytningsrelasjoner (Fonagy & Luyten, 2009). Mikulincer og Sheffi (2000) fant at personer med engstelig tilknytning reagerte negativt på induert positiv affekt, i kontrast til individer med sikker tilknytning.

Forskning av Baldwin et al. (1992) foreslår at personer utvikler kognitive skjema for selv-til-selv-relatering (indre arbeidsmodeller) basert på tidlige interaksjoner med tilknytningsfigurer. Opplevelsen av andre nære omsorgspersoner som for eksempel aksepterende eller kritiske,

kan bli internalisert og formgivende for personers relatering til seg selv. Derav er det sannsynlig at tilknytningserfaringer spiller en rolle for i hvilken grad personer er selvmedfølelse (Mikulincer, Shaver, Gillath, & Nitzberg, 2005). Forskning viser at frykt for selvmedfølelse kan være markant, særlig blant personer med en bakgrunn preget av misbruk og lite varme (Gilbert, 2011).

Den psykodynamiske tradisjonen kan tilføre et viktig perspektiv vedrørende tilknytning relatert til motstand mot selvmedfølelse. Forskning viser at terapeuter kan betrakte sine veiledere som foreldrefigurer (Doehrman, 1976). Med andre ord kan tilknytningstematikk fra barndommen også bringes inn i terapeutens veiledningssituasjon. Veiledningsrommet kan bli et sted hvor ens opplevelse av tidlige tilknytningspersoner projiseres over på veileder. Gullestad & Killingmo (2005, s. 124) definerer projeksjon som “en psykologisk mekanisme som refererer til det forhold at personen tillegger ytre faktorer mening, funksjoner og struktur ut fra egne ønsker, affekter og kognitiv stil”. Det som vi projiserer ut på andre, sier noe om vårt eget indre landskap, og ifølge Gullestad og Killingmo (2005) foregår projeksjon ubevisst. En projeksjon av kritikk kan tenkes å være symptomatisk for lav grad av selvmedfølelse, eller indikere motstand mot selvmedfølelse. Om man for eksempel betrakter sin veileder som lite forståelsesfull, kan dette noen ganger si noe om at man ikke har en slik indre medfølelse del i seg selv.

I den kvalitative forskningen til Strømme og Gullestad (2012) kan vi se et eksempel på dette. Hun siterer studentterapeuten “Andrew” i hans omtale av veilederen slik: “Yes, (I was) irritated and angry, for his lack of understanding. (...) He could have said, “This is not particularly easy” (...). Then, I wouldn’t have felt that he attacked me while being in the most vulnerable position “ (Strømme og Gullestad, 2012, s.107). I et intrapsykisk konfliktperspektiv, kan det tenkes at “Andrew” sin persepsjon av veilederen som farlig og kritisk, var en projeksjon av et indre kritisk objekt. Tidlig samspill med far hadde bidratt til at “Andrew” hadde internalisert en streng indre stemme. Han tilla dermed veilederen de samme strenge kvalitetene som hans far hadde hatt.

Konseptet relasjonsscenario er her av nytte for å forstå sammenhengen mellom tilknytningserfaringer, som kan medvirke til lav selvmedfølelse, og repetisjonen av disse i veiledningen. Relasjonsscenario defineres som forholdet mellom selvrepresentasjon og objektrepresentasjon, der dette har et relativt stabilt mønster som kan identifiseres i ulike

situasjoner (Gullestad & Killingmo, 2005). Ifølge Strømme og Gullestad (2012), repeterte “Andrew” et gammelt relasjonsscenario knyttet til far i møte med sin veileder. “Andrew” sitt utsagn kan også tyde på lav toleranse for egen sårbarhet.

I et psykodynamisk perspektiv kan ens veileder etter hvert bli internalisert som et godt indre objekt (Strømme og Gullestad, 2012). Man kan derfor argumentere for at egenterapi og/eller god veiledning kan være av betydning for terapeutens utvikling av selvmedfølelse. Forskning støtter at veilederen kan ha funksjon som en trygg base (Pistole & Watkins, 1995), noe som kan bidra til terapeutens utvikling av “sense of self”. Dette tilsvarer tilknytningsprosessen hvor et barn utvikler “sense of self” i en trygg familie (ibid). I samsvar med denne forskningen kan veiledere utgjøre en viktig rolle i å bistå terapeuten i å fremme selvmedfølelse. Veiledningsrommet kan tenkes å bli en arena hvor terapeuten med tilknytningsproblematikk kan få en såkalt korrigerende emosjonell erfaring (Gullestad & Killingmo, 2005). Dette vil si at terapeuten får erfare manglende samsvar mellom de forventninger han har til veileder og den faktiske responsen han får fra veilederen (ibid). Slike korrektive erfaringer har blitt fremhevet som en hovedfaktor i terapeutisk endring (Hartmann, 2008).

I et mer kognitivt perspektiv kan man se for seg at selvmedfølelsen kan ”overføres” fra veileder til terapeut, gjennom modellering. En veiledningsprosess kan med andre ord tenkes å være av betydning for arbeidet med eventuell motstand mot selvmedfølelse.

En studie av Gilbert et al. (2011) utforsket frykt for selvmedfølelse. Studien ble utført på en populasjon bestående av studenter (psykologi og kriminologi) og psykologer. Den hadde blant annet til hensikt å utforske eventuelle sammenhenger mellom frykt for selvmedfølelse, medfølelse for og fra andre, selvmedfølelse og tilknytningsstil. Resultatene viste en høy korrelasjon mellom frykt for selvmedfølelse og frykt for medfølelse fra andre, både blant studentene og terapeutene. Dette funnet kan indikere vansker med å oppleve følelser av kontakt og tilhørighet (affiliative feelings) generelt, både fra seg selv og andre (ibid). Deres studie viste også at i terapeutgruppen var frykt for selvmedfølelse høyt korrelert med engstelig tilknytningsstil. Dette funnet indikerer at engstelig tilknytningsstil ikke bare innebærer en frykt for å bli forlatt, men også en frykt for å knytte seg til (affiliation) (ibid). Tilknytningsperspektivet kan derfor være relevant for å forstå motstand mot selvmedfølelse.

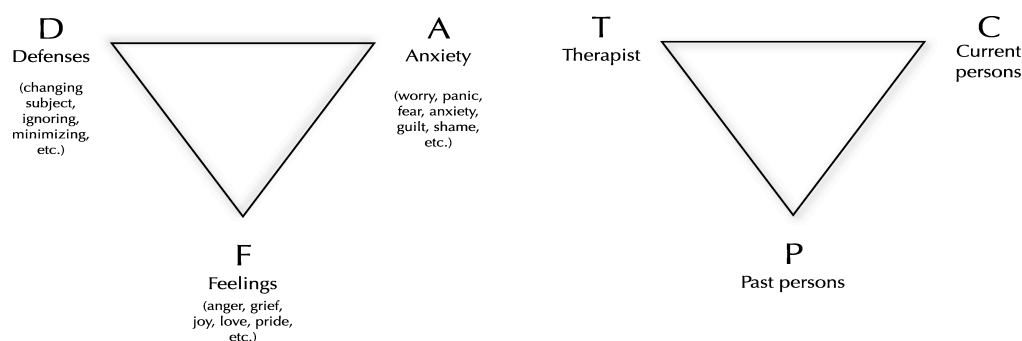
Diskusjon

I denne delen av undersøkelsen fant vi at motstand mot selvmedfølelse kan forstås på flere måter. Vi har funnet at motstand mot selvmedfølelse kan forstås som frykt for positive følelser. I tillegg kan rasjonale bak affektforbehandling samt tilknytningsperspektivet gi viktige forståelsesrammer for fenomenet. Vi vil hevde at disse perspektivene gir viktig innsikt av betydning for terapeuter som erfarer motstand. Vi vil videre kort diskutere våre funn.

Forskningen foreligger primært på kliniske utvalg

En utfordring ved forskningen som foreligger på motstand mot selvmedfølelse, i tillegg til at den er begrenset, er at den hovedsakelig baserer seg på funn fra kliniske utvalg. Forskningen har blant annet vært utført på populasjoner med moderat til alvorlig depresjon (Gilbert et al., 2013), depresjon og angst (Pauley & McPherson, 2010), Cluster C-diagnoser (Schanche et al., 2011) og pasienter med alvorlige og komplekse vansker som har vedvart over tid (Gilbert & Procter, 2006). Vi kan derfor ikke umiddelbart generalisere disse funnene til terapeutpopulasjonen. I tråd med det fellesmenneskelige grunnpremisset, hvor terapeuter og pasienter deler sårbarhet og risiko for lidelse, mener vi allikevel at hypoteser fra forskning på kliniske populasjoner også kan ha relevans for vår undersøkelse. Det vil imidlertid være tjenlig med mer forskning på motstand mot selvmedfølelse blant terapeuter.

Flere perspektiv behøves for å forstå motstandsfenomenet



Figur 2: Konflikt- og persontriangel som viser hvordan forsvar og angst kan blokkere følelser

Disse to triangelene (Malan, 1995), henholdsvis konflikt- og persontriangelet, representerer det som David Malan kalte for universelle prinsipper i psykodynamisk psykoterapi. Modellene viser hvordan forsvar (D) og angst (A) kan blokkere individets følelser (F). Disse mønstrene kan tilbakeføres til tidlige signifikante andre (P) og opprettholdes i nåværende relasjoner (C),

og vil ofte kunne utspille seg med veilederen/terapeuten (T). Denne modellen kan reflektere både overnevnte affektfobi, samt hvordan tidlige tilknytningssamspill repeteres med veileder. Dette er imidlertid en psykodynamisk modell, benyttet ved ISTDP/KTDT (Della Selva, 1996) og ADT (McCullough et al., 2003), og er kun ett av mange rammeverk som søker å forklare eventuell motstand mot selvmedfølelse.

Ethvert perspektiv har aspekter som ikke innlemmes. Perspektivene som trekkes frem i denne delen av oppgaven, er utilstrekkelige i forhold til å favne en fullstendig forståelse av motstandsfenomenet. Neff (2011) trekker for eksempel frem kognitive misforståelser som mulige alternative forklaringer på motstand mot selvmedfølelse. Et eksempel på en slik misforståelse er, som tidligere omtalt i del 1, feiloppfatningen av at selvmedfølelse innebærer egoisme og selvmedlidenhet (Neff, 2003a).

I studien til Pauley & McPherson (2010) opplevde deltakerne at deres strev med psykisk lidelse, i form av angst og depresjon, hadde nedsatt deres evne til å være selvmedfølende. Psykisk lidelse kan med andre ord i seg selv hindre eller gi motstand mot selvmedfølelse. På systemnivå kan motstand mot selvmedfølelse dessuten forstås som en konsekvens av at det foreligger stigma for selvivaretagelse i terapeutkulturer (McMahon, 2012). En integrativ modell over motstand mot selvmedfølelse, som tar høyde for individuelle forklaringer, kunne derfor vært nyttig for en mer utfyllende forståelse. Dette foreligger imidlertid ikke på nåværende tidspunkt. Neff et al. (2007) fremhever at mer forskning behøves for å forstå hvorfor noen individ er mer selvmedfølende enn andre og hva som kan gi motstand mot selvmedfølelse.

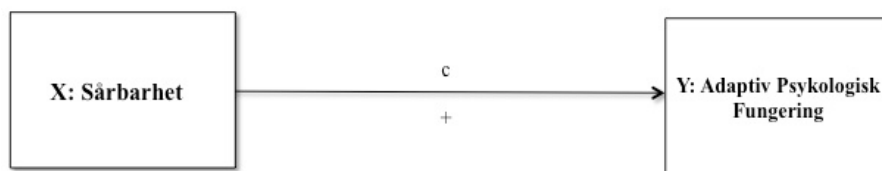
Våre funn på at terapeuter kan nøle med å helhjertet gi seg selvmedfølelse, kan være overraskende. Desto viktigere er det imidlertid at motstand identifiseres og arbeides med.

Oppsummerende modell

Vi vil oppsummere funnene fra vår undersøkelse i en modell (figur 3a, 3b). Modellen består av del A og del B. Del A viser den tentative sammenhengen mellom terapeutens sårbarhet og adaptive psykologiske fungering. Del B viser den tentative sammenhengen mellom terapeutens sårbarhet og adaptive psykologiske fungering, der selvmødfølelse og motstand mot selvmødfølelse er medierende faktorer. Videre vil vi redegjøre for hvordan denne modellen kan undersøkes empirisk, før vi til slutt fremhever noen begrensninger ved vårt forslag.

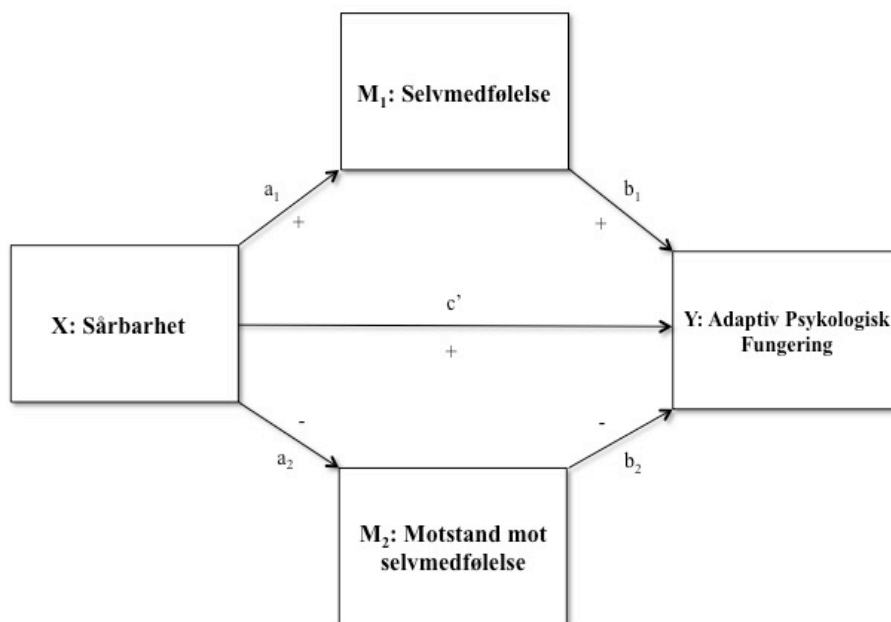
Modell

A



Figur 3a: Den tentative sammenhengen mellom terapeutens sårbarhet og adaptive psykologiske fungering

B



Figur 3b: Multipl mediatormodell som viser sammenhengen mellom terapeutens sårbarhet og adaptive psykologiske fungering, der selvmødfølelse og motstand mot selvmødfølelse er mediatorer.

Forslag til empirisk uttesting

Vi vil her vise et forslag til hvordan sammenhengene i vår modell kan testes ut empirisk. Det vil være naturlig å bruke et korrelasjonsdesign for å undersøke om vi finner belegg for modellens sammenhenger. Våre hypoteser er at vi vil finne:

- Positiv korrelasjon mellom erkjent sårbarhet og adaptiv psykologisk fungering
- Positiv korrelasjon mellom erkjent sårbarhet og selvmedfølelse
- Positiv korrelasjon mellom selvmedfølelse og adaptiv psykologisk fungering
- Negativ korrelasjon mellom erkjent sårbarhet og motstand mot selvmedfølelse
- Negativ korrelasjon mellom motstand mot selvmedfølelse og adaptiv psykologisk fungering
- Medieringseffekt for selvmedfølelse og motstand mot selvmedfølelse

Deltagere

Som deltagere til undersøkelsen vil vi rekruttere psykologer som har godkjent autorisasjon og som er registrert i psykologforeningens medlemsregister.

Måleinstrument

Erkjent sårbarhet

Vi har ikke funnet et passende mål på terapeuters grad av erkjent sårbarhet. Det blir derfor nødvendig å lage en skala som kan dekke dette forholdet. Eksempel på et ledd i en slik skala kan være: "Terapeutyrket har mange utfordringer som kan gjøre meg sårbar for utbrenthet". Det kan være passende å utforme skalane som en 5-punkts Likertskala, der responsen for eksempel graderes fra "svært uenig" – "svært enig".

Adaptiv psykologisk fungering

Adaptiv psykologisk fungering tenker vi å måle ved å ta i bruk tre skalaer. Disse dekker depresjon, stress og angst, profesjonell livskvalitet samt tilknytningsstil.

- Depression, Anxiety and Stress Scale

Vi vil bruke en kortversjon av ”Depression, Anxiety and Stress Scale” (DASS-21). Dette er en 3-punkts Likertskala med 21 spørsmål som måler grad av depresjon, angst og stress (J. D. Henry & Crawford, 2005).

- The Professional Quality of Life Scale

Vil vil bruke ”The Professional Quality of Life Scale” (Pro-QOL). Dette er en 6-punkts Likertskala med 30 spørsmål som måler grad av ”compassion fatigue”, ”compassion satisfaction” og utbrenthet (Stamm, 2005).

- The Experiences in Close Relationships – revised

Vi vil bruke ”The Experiences in Close Relationships – revised” (ECR-R). Dette er en 7-punkts Likertskala med 36 spørsmål for å måle tilknytning hos voksne. Spørsmålene er fordelt i to subskalaer; Angst (frykt for å bli forlatt og avvist) samt Unngåelse (frykt for nærhet og ubehag ved avhengighet av andre) (Fraley, Waller, & Brennan, 2000).

Selvmedfølelse

Selvmedfølelse vil vi måle ved hjelp av ”Self Compassion Scale”. Dette er en 5-punkts Likertskala med 26 spørsmål fordelt over seks subskalaer; godhet mot selv, selvførdømmelse, felles menneskelighet, isolasjon, mindfulness og overidentifikasjon. Tilsammen gir dette en global selvmedfølelsesskåre. (Neff, 2003b).

Motstand mot selvmedfølelse

Motstand mot selvmedfølelse vil vi måle ved å bruke ”Fear of compassion scale”. Dette er en 5-punkts Likertskala som består av 38 spørsmål. Skalaen måler tre tilnærminger til medfølelse, men vi vil kun bruke underskalaen som måler frykt for selvmedfølelse (Gilbert et al., 2011a).

Analyse

Vi vil bruke Baron & Kenny’s (1986) kriterier for å fastslå om en medieringseffekt er tilstede. En trinnvis regresjonsanalyse av vår multiple mediatormodell vil kunne se slik ut:

vise at X er relatert til Y = (c’)

vise at X er relatert til M₁ = (a₁)

vise at M₁ er relatert til Y, når vi kontrollerer for X = (b₁)

vise at X er relatert til $M_2 = (a_2)$

vise at M_2 er relatert til Y , når vi kontrollerer for $X = (b_2)$

vise at det foreligger delvis mediering, der $c' \neq 0$ og markant mindre enn c , eller fullstendig mediering der $c' = 0$

Preacher og Hayes (2008) har utviklet et program, "Indirect", for å analysere multiple mediatorer, og dette kan brukes ved utførelsen av de statistiske analysene.

Problematisering

Vi vil trekke frem noen problemer og begrensninger ved den empiriske testingen av vår modell. For det første kan det å lage en egen skala for *erkjent sårbarhet* by på problemer. Det er ikke klarlagt om de faktorene vi tenker å involvere i skalaen, er dekkende for fenomenet *erkjent sårbarhet*. Før en slik skala brukes, bør det også inngå en studie der man undersøker om skalaen har tilstrekkelig validitet og reliabilitet (Bordens & Abbott, 2008). Et annet problem er at alle skalaene er på engelsk. Ideelt sett bør skalaene som inngår i forsøket være oversatt til norsk, tilbakeoversatt til engelsk, samt validert for norske forhold før skalaene tas i bruk.

Det kan tenkes at skalaen vi vil bruke for å måle motstand mot selvmedfølelse (FOCS), ikke dekker alle de aspektene ved motstand som vi har redegjort for i vår undersøkelse. Det kan derfor være ønskelig å utvikle en ny skala også for denne komponenten. Innenfor affektforberedelse finnes det en skala, ATOS (Achievement of Therapeutic Objectives Scale) (McCullough, Kuhn, Andrews, Valen, et al., 2003), som måler terapiens effektivitet. Her inngår blant annet mål av frykt for varme følelser for seg selv. Dette måleinstrumentet holder god validitet, og blir skåret av objektive observatører. Det kan imidlertid tenkes at et slikt mål kan bli for komplisert for denne typen undersøkelse, og at det er mer passende med en selvrapporteringskala.

En generell mangel ved alle måleinstrumentene er at de er selvrapporteringsverktøy. Dette kan gi problemer med validitet og reliabilitet ved at det for eksempel kan foreligge mangelfull selvinnsikt eller "social desirability bias" hos forsøkspersonene (Bordens & Abbott, 2008).

Oppsummerende diskusjon

I den oppsummerende modellen viste vi hvordan tematikken og sammenhengene vi har undersøkt i denne oppgaven, kan forskes på. I denne siste delen av oppgaven vil vi løfte blikket og trekke frem tre implikasjoner av kunnskapen som foreligger i vår oppgave. Disse er; implikasjoner for den enkelte terapeut, implikasjoner for psykologutdanningen samt implikasjoner for terapeutkulturer.

1. Implikasjoner for den enkelte terapeut

Vi har i denne oppgaven vist at selvmedfølelse kan ha relevans for terapeuter. Basert på dette mener vi at det er gode holdepunkter for at psykologer bør innlemme kultivering av selvmedfølelse i eget liv. Det er imidlertid ikke slik at det bare er én måte å kultivere selvmedfølelse på; den kan fremmes gjennom både egenerapi (Amrani, 2010), yoga (Gard et al., 2012), mindfulness (Shapiro et al., 2007) og andre meditasjonsformer (Boellinghaus, 2011).

Som vi har belyst tidligere i oppgaven, viser forskning at det forekommer motstand mot selvmedfølelse hos terapeuter. Et viktig ledd i integrering av selvmedfølelse, er derfor å få tak i hva det er som hindrer den enkelte terapeut i å være selvmedfølelse. I egenerapi er det mulig for terapeuten å få hjelp til å identifisere hva som blokkerer for selvmedfølelsen. For terapeuter som erfarer motstand, kan det være utfordrende å kultivere selvmedfølelse på egenhånd. I tilfeller hvor frykt for selvmedfølelse foreligger, kan terapeutens egenerapi for eksempel bestå i å desensitivere frykten for positive følelser ved gradvis eksponering for den fryktede affekten (Gilbert, McEwan, Matos, & Ravis, 2011).

Egenerapi kan tilføre terapeuten mye med henblikk på håndtering av utfordringer. Vår argumentasjon for egenerapi i forbindelse med selvmedfølelse, går hovedsakelig på å få en *følelsmessig erfaring* med den, og ikke bare å ha en intellektuell forståelse av fenomenet. Denne oppgaven bidrar med kunnskap om selvmedfølelse, noe vi både tror og ønsker kan være av betydning for andre. Det er imidlertid ikke bare *kunnskapen*, men også *erfaringen* med selvmedfølelse som må til for at kraften i den skal forløses.

Ut i fra vår undersøkelse fremstår egenerapi som en viktig måte å erfare og utvikle selvmedfølelse, og kan derved bidra til økt adaptiv fungering hos terapeuten. Derfor er vår oppfordring at terapeuter inngår i egenerapi eller andre aktiviteter som kan fremme selvmedfølelsen.

2. Implikasjoner for psykologutdanningen

Studieprogrammet

Det er svært mye som skal innlemmes i pensum ved profesjonsutdanningen, noe som kanskje gjør at selvivaretakelse utelates og at ansvaret overlates til den enkelte psykologstudent (Christopher, Christopher, Dunnagan, & Schure, 2006). Psykologyrket innebærer en konfrontasjon med egen sårbarhet. Som denne oppgaven har belyst, er erkjennelse og den selvmedfølende håndteringen av sårbarheten av stor relevans for terapeuten. Forbereder psykologutdanningen studentene i tilstrekkelig grad, eller i det hele tatt, på slikt arbeid og selvransaking? Psykologutdanningen i Norge inkluderer ikke egenerapi, og kanskje frarøves da studentene en arena hvor selvmedfølelsen kan utvikles. Selvmedfølelse er dessuten i svært liten grad innlemmet i forelesninger og pensumlitteratur. Ved praktikum kan imidlertid studenter erfare å møte veiledere som modellerer en raus og selvmedfølende holdning, noe som kan bety mye for den enkelte student. Det er også slik at blant annet mindfulnessbaserte intervensjoner (MBIs) har blitt innlemmet ved flere kliniske utdanningsprogram i andre land (Moore, 2008), med den hensikt å kultivere selvivaretakelse blant studentterapeutene. Ved Stanford, Berkeley og Wisconsin Madison har man mer spesifikt inkludert kultivering av *selvmedfølelse*. Hva om utdanningsprogrammet i Norge lot seg inspirere til å implementere noe tilsvarende?

Carroll, Gilroy og Murra (1999) gir en rekke forslag til systemiske endringer som kan gjøre at selvivaretakelse blir et mandat for profesjonsprogrammet; inkludere selvivaretakelse i de etiske retningslinjene, innføre obligatorisk egenerapi for studentene, endre veiledningsopplegget samt revidere pensum. Dersom psykologutdanningen inkluderer selvivaretakelse som sitt mandat, kan dette redusere stigma knyttet til selvivaretakelse. I tillegg kan det bidra til at flere rutinemessig praktiserer selvivaretakelse, samt bidra til at terapeuter oppmuntrer hverandre til slik praksis. Kanskje kan selvmedfølelsen, gjennom slike tiltak, få bedre grobunn på universitetet?

Selvmedfølelse - en profesjonell plikt?

Ifølge Carroll et al. (1999) bør selvivaretakelse betraktes som et moralsk imperativ. Evidens viser at det forekommer nedsatt funksjon (impairment) blant terapeuter med påfølgende negativ effekt på pasientene. Dette kan indikere at ikke alle terapeuter er tilstrekkelig selvivaretakende eller selvmedfølende. Terapeuter med mangelfull oppmerksomhet på og manglende erkjennelse av egen sårbarhet, har høyest risiko for uetisk yrkesutøvelse (ibid). Å neglisjere selvivaretakelse, kan slik betraktes som brudd på en etisk plikt, grunnet konsekvenser som redusert kvalitet på behandlingen. Som påpekt tidligere i oppgaven, kan veilederen bidra til selvmedfølelse hos terapeuten. Tilsvarende kan terapeuten være en selvmedfølende modell for pasienten. Videre kan det derfor tenkes å ha konsekvenser dersom terapeuten ikke innehar en slik tilnærming til eget strev. Dersom selvivaretakelse blir betegnet som en etisk plikt, er dette på kollisjonskurs med utdanningsprogrammet slik det foreligger i dag.

Flinkhet

Psykologutdanningen favoriserer og selekterer på bakgrunn av flinkhet ved inntak til studiet. Ensidig verdsettelse av og fokus på flinkhet kan være problematisk i forhold til selvmedfølelsen. Å basere sin yrkesidentitet kun på akademiske prestasjoner, er uforenlig med selvmedfølelse. Selvmedfølelsen, i motsetning til flinkhet, er ikke noe man gjør seg fortjent til, og den favner både styrker og svakheter. Selvmedfølelsen kan komme psykologstudenten til unnsetning i tykt og tynt, og er ikke betinget av at man er flink. Fokuset på flinkhet kan ha en alvorlig slagside, da studentens selvoppfattelse kan rammes hardt når prestasjonene uteblir. Brown (2012) belyser at følgende diskurs kan forekomme innenfor akademia; at vi lærer å ta en kjølig distanse til vår sårbarhet gjennom intellektualisering og prestasjonstreben. Kanskje gir utdanningen da psykologstudentene en profesjonell rustning som paradoksalt nok kan komme i veien for at man oppnår felleskap og kontakt med pasienter i sårbarheten? Ved mangel på erkjennelse av sårbarhet, frarøves også terapeuten muligheten til å imøtekomme den med selvmedfølelse.

Selvmedfølelsen utfordrer "oneupmanship", hvor det gjelder å klatre på flinkhetsstigen. Enhver, uansett hvor "flink", vil i løpet av studiet og yrkesutøvelsen konfronteres med sin tilkortkommenhet og mangelfulle mestring. Har da psykologutdannelsen skapt grobunn for og utrustet terapeuten til fokus på selvmedfølelse? Oppdrar psykologutdannelsen terapeuter

til prestasjonsorientert flinkhet eller til et menneskesyn som inkluderer sårbarheten? I samtale med medstudenter gjennom studiet, oppgir flere at de er lei av å høre om ”hvor flinke de er”. Kanskje er dette et uttrykk for studentenes ønske om en mer selvmedfølende holdning som ikke nærer opp om prestasjonsjaget? Vi får mye feedback på hvordan hodet fungerer, mens det fokuseres lite på det indre mennesket og *opplevelsen* av å være terapeut. Det er med andre ord mye tilbakemelding på det kognitive og mindre fokus på det følelsesmessige aspektet.

I del A belyste vi det vi kalte for ”god nok terapeut; selvmedfølelsens filosofi”. Å være ”god nok”, innebærer å tåle det å ikke alltid være flink. Det blir altså et misforhold mellom flinketskulturen og ”god nok” tankegangen. En veileder under studiet formulerte noe om dette til oss slik: ”Det er når du forsøker å være flink terapeut, at du blir dårlig terapeut”. Selvmedfølelsen bryter med kulturen som støtter opp om en terapeutidentitet basert på akademiske prestasjoner. Selvmedfølelse kan derfor sies å ha et sentralt bidrag inn i kulturen slik vi erfarer den i dag.

Hvem er egentlig den dyktige terapeuten, og hvilke egenskaper blir presentert som ideelle? Har selvmedfølelsen blitt regnet med? I sin doktorgrad forsket Helene Nissen Lie (2011) på sammenhengen mellom faglig selvtillit hos psykologer og terapiutfall. Hun fant at psykologer med høy faglig selvtillit hadde dårligere terapiutfall enn de som hadde tvil på egen kompetanse. Dette indikerer, som også Neff argumenterer for, at høy selvtillit ikke nødvendigvis alltid har sammenheng med positiv fungering (Neff & Vonk, 2009). Dette kan også indikere at å gi rom for sårbarhet så vel som styrke, er tjenlig for terapeuten.

Vi har også vist i denne undersøkelsen hvordan veiledere kan stimulere til selvmedfølelse. Vektlegger universitetet å gi den unge psykologen gode rollemodeller i dette, slik at læringsmiljøet og studentene influeres av denne holdningen? Denne undersøkelsen understøtter betydningen av at terapeuten får *erfare* selvmedfølelse. Vi tror at dette er en betydningsfull erfaring, så vel som annen erfaring utdanningen tilrettelegger for. Vi anser veiledningsrommet som et viktig sted hvor studentene kan gjøre seg slike erfaringer. Dette lar seg imidlertid kanskje best gjøre dersom veiledere har dette for øyet.

3. Implikasjoner for terapeutkulturer

”A cure through love”

I et brev til Jung skriver Freud at ”Psychoanalysis is in essence a cure through love” (Bettelheim, 1984). Her presenterer Freud at *det varme* har en sentral plass i psykologyrket. Hvilken plass har vi gitt varme, kjærighet og selvmedfølelse i terapeutkulturen?

Den nye forvaltningsideologien innen offentlig sektor, New Public Management, innebærer at tjenester til enhver tid skal måles opp mot kriterier for kostnadseffektivitet. Denne ideologien er sterkt påvirket av logikk fra vare- og tjenesteproduksjon i næringslivet (Sømme, 2005). Det kan av flere grunner betraktes som kritikkverdig at helsevesenet har adoptert en tenkemåte hentet fra vareproduksjon i industrien. Underlagt krav om effektivitet og fokus på produksjonstall, kan helsepersonell stå i fare for å utvikle et kjølig blikk på bekostning av en selvmedfølende holdning. Er det rom for å erkjenne sårbarhet blant psykologer, og rom for selvmedfølelse, når det er et slikt press? Vi vil hevde at en selvmedfølende holdning kan stå i fare for å drukne i fokuset på produksjonstall og vektleggingen av effektivitet.

Hvordan kan en terapeutkultur med grobunn for selvmedfølelse se ut? Kanskje er dette en kultur hvor det er trygt å erkjenne sin sårbarhet og hvor terapeutene inspirerer og oppmuntrer hverandre til å møte sårbarheten med selvmedfølelse. Kanskje er dette også arbeidsplassen hvor psykologkollegaene møter hverandres blikk og våger å erkjenne sin tilkortkommenhet og sitt behov for selvivaretagelse ovenfor hverandre. Dersom man unnlater å ta innover seg dette fellesskapet i sårbarhet, står psykologen, som vi har vist, i fare for å miste et viktig aspekt ved terapeutrollen. En slik kultur vil ha påvirkning både på psykologens bærekraft og pasientarbeidet.

Affektfobiens innvirkning på terapeutkulturen

Ifølge blant annet McCullough & Thornes (2007) foreligger affektfobi mot selvmedfølelse også i terapeutkulturer. Det er sannsynlig at å tenke at dette påvirker samspillet mellom kollegaer. Når man gir til kjenne sin selvmedfølende tilnærming til egen sårbarhet, kan man risikere å bli møtt med latterliggjøring eller devaluering dersom denne affekten ikke er integrert hos den andre. Det å tåle sårbarhet og positive følelser for selv er vanskelig for mange, og derfor er det ikke alltid slik at den selvmedfølende tilnærmingen vil være lett å fremme på arbeidsplassen. Når man tåler sin egen sårbarhet, kan det være lettere å møte den

hos andre. Tilsvarende kan det være med selvmedfølelse. I del 1 beskrev vi hva selvmedfølelse ikke er; egoisme, passivitet og selvmedlidenhet. Slike forvekslinger og misforståelser kan også medføre vansker med å gi rom for selvmedfølelse på arbeidsplassen.

”Do as we say, but not as we do”

I en artikkel med den treffende tittelen ”Do as we say, but not as we do”, fant Walsh og Cormack (1994) at kliniske psykologer som lærte bort selvivaretakelse, selv ikke praktiserte det. Er dette praksisen på arbeidsplassen, eller utvises samsvar mellom liv og lære?

Ifølge de kliniske psykologene i studien deres, var en av årsakene til mangelfull selvivaretakelse frykt for å bli dømt av sine kollegaer dersom de ga uttrykk for sitt behov for støtte (Walsh & Cormack, 1994). En slik kultur gir ikke grobunn for selvmedfølelse. Vi vil hevde at dersom en slik diskurs forekommer, så bør den identifiseres og utfordres. Også Barnett og Cooper (2009) argumenterer for at psykologer bør arbeide for å utvikle en kultur hvor selvivaretakelse er integrert i den profesjonelle identitet. Vi anser det som fordelaktig at den enkelte arbeidsplass evaluerer hvorvidt det er kultur for selvmedfølelse. Dette kunne for eksempel blitt tematisert på et personalmøte og inngått som ledd i kvalitetssikringen.

Avslutning

Vi ønsket med denne oppgaven å belyse temaet ”Selvmedfølelsens relevans for terapeuter”. Dette valgte vi å gjøre ved å undersøke og diskutere følgende problemstillinger: A) Kan selvmedfølelsen være en betydningsfull respons på sårbarhet hos terapeuten? B) Hvordan kan selvmedfølelse bidra til økt adaptiv psykologisk fungering hos terapeuten? C) Hvordan kan vi forstå motstand mot selvmedfølelse hos terapeuten?

Vi startet undersøkelsen med å redegjøre for begrepet selvmedfølelse innenfor et sosialpsykologisk-, et kognitiv- og et dynamisk perspektiv. Vi fant forskjeller i de ulike definisjonene og vurderte dem alle som nyttige for en utfyllende beskrivelse av hva selvmedfølelse kan være. Videre ga vi en oversikt over kvantitative og kvalitative studier som viste at selvmedfølelsen har betydning for psykisk helse. I del 2 gav vi figur til terapeuten som det sårbare mennesket. Vi belyste hvordan terapeuten er underlagt det fellesmenneskelige vilkåret ”sårbarhet”, samt at yrket byr på utfordringer som kan trigge den. Våre funn indikerte behov for selvivaretagelse, og vi ønsket videre å undersøke selvmedfølelsen som en mulig vei. I de påfølgende tre delene i oppgaven ville vi undersøke de overnevnte problemstillingene A, B og C.

I del 3A, fant vi holdepunkt for at selvmedfølelse kan være en betydningsfull respons på sårbarhet og møte terapeutens behov for selvivaretagelse. Dette ble tydeliggjort gjennom å sammenligne den selvmedfølende responsen med sårbarhetsskam. Vi vurderte at sårbarhetsskam, i form av narsissisme, viste seg å være en mindre hensiktsmessig respons, sammenlignet med selvmedfølelse. I del 3A redegjorde vi også for at det å ikke erkjenne sin sårbarhet, frarøver terapeuten muligheten til å møte seg med selvmedfølelse. I tillegg viste undersøkelsen at terapeuten unndrar seg en rekke andre fordelaktige gevinster ved å avverge erkjennelsen. Dette er argumentasjon som vi kan ta til inntekt for selvmedfølelse som en betydningsfull respons for terapeuten.

I del 3B fant vi holdepunkt for at selvmedfølelse kan bidra til å øke terapeuters adaptive psykologiske fungering. Vi belyste funn som indikerer at selvmedfølelse kan gi bedret emosjonsregulering, være en buffer mot stress og utbrenthet samt imøtekomme tilknytningsproblematikk og gi bedret interpersonlig fungering. I tillegg viste vi funn på at

selvmedfølelse kan gi økt adaptiv psykologisk fungering ved sin innvirkning på terapeutens empati og medfølelse for andre.

I del 3C fant vi at det foreligger motstand mot selvmedfølelse blant terapeuter. Vi fant også at dette fenomenet kan forklares på flere måter. Vi fant at motstand mot selvmedfølelse kan forstås som frykt for positive følelser. I tillegg kan rasjonalet bak affektforbehandling samt tilknytningsperspektivet gi viktige forståelsesrammer for fenomenet. Vi vil hevde at disse perspektivene gir viktig innsikt av betydning for terapeuter som erfarer motstand.

Vi presenterte deretter en tentativ modell for sammenhengen mellom sårbarhet og adaptiv psykologisk fungering, der selvmedfølelse og motstand mot selvmedfølelse ble satt opp som medierende variabler. Vi kom også med et forslag til hvordan denne sammenhengen kunne testes ut empirisk. I en oppsummerende diskusjon pekte vi på implikasjoner våre funn kan ha for den enkelte terapeut, psykologutdanningen og terapeutkulturer. Ut fra vår undersøkelse hevder vi at det vil være tjenlig at selvmedfølelsen får innpass og grobunn på de respektive nivåene.

Vi innledet med en undring over hvorvidt selvmedfølelsen kan være ”noe som kan komme en til unnsetning”. Underveis i skriveprosessen fikk vi nye erfaringer:

”..... Jeg oppdaget noe. Det var i meg selv. Det var en selvmedfølelse som kunne komme meg til unnsetning..... ”

Litteraturliste

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624–631. doi:10.1037/0735-7028.19.6.624
- Allen, A., & Leary, M. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107–118. doi:10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x
- Alonso, A., & Rutan, J. S. (1988). Shame and guilt in psychotherapy supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(4), 576–581. doi:10.1037/h0085384
- Amrani, P. (2010). *Loving-kindness: Self-compassion, burnout and empathy among therapists*. (Doctoral dissertation). Adelphi University.
- APA (2010). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Hentet fra <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx?item=5>
- APA (2014). Occupational vulnerability for psychologists. Hentet fra <http://www.apapracticecentral.org/ce/self-care/vulnerability.aspx>
- APA (2014) Professional Health and Well-being for Psychologists. Hentet fra <http://www.apapracticecentral.org/ce/self-care/well-being.aspx>
- Arch, J. J., Brown, K. W., Dean, D. J., Landy, L. N., Brown, K. D., & Laudenslager, M. L. (2014). Self-compassion training modulates alpha-amylase, heart rate variability, and subjective responses to social evaluative threat in women. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 49–58. doi:10.1016/j.psyneuen.2013.12.018
- Aust, S., Härtwig, E. A., Heuser, I., & Bajbouj, M. (2013). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 225–232. doi:10.1037/a0027314
- Baker, E. K. (2002). *Caring for Ourselves: A Therapist's Guide to Personal and Professional Well-Being*. Washington DC: American Psychological Association.
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112(3), 461–484. doi:10.1037/0033-2909.112.3.461
- Bardum, A.-M. G. (2011). *The impact of positive self-constructs : exploring and reviewing some positive self-constructs of relevance to psychotherapy* (Master thesis). University of Oslo. Retrieved from <https://www.duo.uio.no/handle/10852/18112>
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289–303. doi:10.1037/a0025754
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603–612.
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a Culture of Self-Care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 16–20. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Bastiansen, A., Blakar, R. M., Hundeide, K., Klemsdal, L., & Vetlesen, A. J. (2004). *Det Omsorgsfulle Mennesket* (1. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44. doi:10.1111/1529-1006.01431

- Berggraf, L., Ulvenes, P. al G., Wampold, B. E., Hoffart, A., & McCullough, L. (2012). Properties of the Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS): A Generalizability Theory study. *Psychotherapy Research*, 22(3), 327–347. doi:10.1080/10503307.2011.653997
- Berggraf, L., Ulvenes, P. G., Hoffart, A., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2013). Growth in sense of self and sense of others predicts reduction in interpersonal problems in short-term dynamic but not in cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 1–14. doi:10.1080/10503307.2013.840401
- Berggraf, L., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., Hoffart, A., Stiles, T. C., & Wampold, B. (2014). Experience of affects influencing sense of self and others in Short Term Dynamic and Cognitive Therapy. *Psychotherapy*.
- Bettelheim, B. (1984). *Freud and Man's Soul: An Important Re-Interpretation of Freudian Theory* (1. ed.). New York: Vintage Books USA.
- Binder, P.-E. (2011). *Et oppmerksomt liv* (1. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Birnie, K., Specia, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health*, 26(5), 359–371. doi:10.1002/smi.1305
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Boellinghaus, I. A. (2011). *Cultivating compassion in psychological therapists: the potential of loving-kindness meditation* (Doctoral dissertation). Canterbury Christ Church University.
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2013). Cultivating self-care and compassion in psychological therapists in training: The experience of practicing loving-kindness meditation. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(4), 267–277. doi:10.1037/a0033092
- Bordens, K. S., & Abbott, B. B. (2008). *Research design and methods: a process approach* (7. ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Breines, J. G., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., & Rohleder, N. (2014). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 109–114. doi:10.1016/j.bbi.2013.11.006
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155–163. doi:10.1007/s10615-007-0091-7
- Brooks, J., Holttum, S., & Lavender, A. (2002). Personality style, psychological adaptation and expectations of trainee clinical psychologists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(4), 253–270. doi:10.1002/cpp.318
- Brown, B. (2006). Shame resilience theory: A grounded theory study on women and shame. *Families in Society*, 87(1), 43–53.
- Brown, B. (2012). *Daring Greatly: How the Courage to Be Vulnerable Transforms the Way We Live, Love, Parent, and Lead* (1. ed.). New York: Gotham.
- Carroll, L., Gilroy, P. J., & Murra, J. (1999). The Moral Imperative. *Women & Therapy*, 22(2), 133–143. doi:10.1300/J015v22n02_10
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871–890. doi:10.1002/jclp.20400
- Christopher, J. C., Christopher, S. E., Dunnagan, T., & Schure, M. (2006). Teaching self-care through mindfulness practices: The application of yoga, meditation, and qigong to counselor training. *Journal of Humanistic Psychology*, 46(4), 494–509.

- Christopher, J. C., & Maris, J. A. (2010). Integrating mindfulness as self-care into counselling and psychotherapy training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(2), 114–125. doi:10.1080/14733141003750285
- Compassion (2014). Online Etymology Dictionary hentet fra http://www.etymonline.com/index.php?allowed_in_frame=0&search=compassion&searchmode=none
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour* (2 edition.). Maidenhead: Open University Press.
- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130(3), 392.
- Della Selva, P. C. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy theory and technique* (1. ed.). London: Karnac.
- Doehrman, M. J. (1976). Parallel processes in supervision and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40(1), 3-104
- Duncan, B. L. (2010). *On becoming a better therapist* (1. ed.). Washington DC: American Psychological Association.
- Farstad, M. (2011). *Skammens spor: avtrykk i identitet og relasjoner* (1. ed.). Oslo: Conflux
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. doi:10.1002/jclp.10090
- Finell, J. S. (1985). Narcissistic problems in analysts. *The International Journal of Psychoanalysis*, 66(4), 433–445.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(04), 1355. doi:10.1017/S0954579409990198
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. doi:10.1037/0022-3514.78.2.350
- Furnham, A. (2010). *The Elephant In the Boardroom: The Causes of Leadership Derailment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Gard, T., Brach, N., Holzel, B., Noggle, J., Conboy, L., & Lazar, S. (2012). Effects of a yoga-based intervention for young adults on quality of life and perceived stress: The potential mediating roles of mindfulness and self-compassion. *Journal of Positive Psychology*, 7(3), 165–175. doi:10.1080/17439760.2012.667144
- Garfield, R. (1987). On self-disclosure: The vulnerable therapist. *Contemporary Family Therapy*, 9(1-2), 58–78. doi:10.1007/BF00890264
- Germer, C. K., & Siegel, R. D. (2012). *Wisdom and Compassion in Psychotherapy: Deepening Mindfulness in Clinical Practice* (1. ed.). New York: Guilford Press.
- Gerson, B. (2013). *The Therapist as a Person: Life Crises, Life Choices, Life Experiences, and Their Effects on Treatment* (1. ed.). New York: Routledge.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (1. ed.). New York: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507–516. doi:10.1080/09658210444000115
- Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., Baião, R., & Palmeira, L. (2013). Fears of happiness and compassion in relationship with depression, alexithymia, and attachment security in a depressed sample. *British Journal of Clinical Psychology*, n/a–n/a. doi:10.1111/bjc.12037

- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239–255. doi:10.1348/147608310X526511
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. doi:10.1002/cpp.507
- Glickauf-Hughes, C., & Mehlman, E. (1995). Narcissistic issues in therapists: Diagnostic and treatment considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(2), 213–221. doi:10.1037/0033-3204.32.2.213
- Goldstein, E. G. (1994). Self-disclosure in treatment: What therapists do and don't talk about. *Clinical Social Work Journal*, 22(4), 417–433. doi:10.1007/BF02190331
- Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2005). *Underteksten: psykoanalytisk terapi i praksis* (1. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hall, C., Row, K., Wuensch, K., & Godley, K. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *Journal of Psychology*, 147(4), 311–323. doi:10.1080/00223980.2012.693138
- Hammen, C. L., & Mayol, A. (1982). Depression and cognitive characteristics of stressful life-event types. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(3), 165–174. doi:10.1037/0021-843X.91.3.165
- Hannigan, B., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health*, 13(3), 235–245. doi:10.1080/09638230410001700871
- Hartmann, E. (2008). Pasienten som veiviser i det terapeutiske terreng. In E. D. Axelsen & E. Hartmann (Eds.), *Veier til forandring - virksomme faktorer i psykoterapi* (1. ed.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239. doi:10.1348/014466505X29657
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 768–774.
- Ho, D. Y. F. (1995). Selfhood and Identity in Confucianism, Taoism, Buddhism, and Hinduism: Contrasts With the West. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 25(2), 115–139. doi:10.1111/j.1468-5914.1995.tb00269.x
- Horner, A. J. (1993). Occupational hazards and characterological vulnerability: The problem of “burnout.” *The American Journal of Psychoanalysis*, 53(2), 137–142. doi:10.1007/BF01250487
- Jacobsson, G., Lindgren, T. E., & Hau, S. (2012). Rites of passage: Novice students' experiences of becoming psychotherapist. *Nordic Psychology*, 64(3), 192–202. doi:10.1080/19012276.2012.731313
- Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., ... Goldin, P. R. (2013). Enhancing Compassion: A Randomized Controlled Trial of a Compassion Cultivation Training Program. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1113–1126. doi:10.1007/s10902-012-9373-z
- Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, G. T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2014). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on

- mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 38(1), 23–35. doi:10.1007/s10902-012-9373-z
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 3–11. doi:10.1037/0022-0167.46.1.3
- Johansen, V. (2013). *Indre stillhet* (1. ed.). Oslo: Arneberg forlag.
- John, O. P., Robins, R. W., & Pervin, L. A. (Eds.). (2010). *Handbook of Personality: Theory and Research* (3. ed.). New York: The Guilford Press.
- Jordan, C. H., Spencer, S. J., Zanna, M. P., Hoshino-Browne, E., & Correll, J. (2003). Secure and defensive high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 969.
- Jordan, J. V., Hartling, L. M., & Walker, M. (2004). *The complexity of connection: writings from the Stone Center's Jean Baker Miller Training Institute*. New York: Guilford Press.
- Kelly, A., Zuroff, D., Foa, C., & Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727–755. doi:10.1521/jscp.2010.29.7.727
- Killingmo, B., Varvin, S., & Strømme, H. (2014). What can we expect from trainee therapists? A study of acquisition of competence in dynamic psychotherapy. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 1–12. doi:10.1080/01062301.2014.903029
- Kingdon, D., & Turkington, D. (2007). *Kognitiv terapi ved schizofreni* (1. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kottler, J. A., & Blau, D. S. (1989). *The imperfect therapist: Learning from failure in therapeutic practice* (1. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), 501–513. doi:10.1016/j.beth.2013.04.004
- Kuyken, W., Peters, E., Power, M., & Lavender, T. (1998). The psychological adaptation of psychologists in clinical training: the role of cognition, coping and social support. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5(4), 238–252. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199812)5:4<238::AID-CPP160>3.0.CO;2-W
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., ... Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105–1112. doi:10.1016/j.brat.2010.08.003
- Lama, D., & Cutler, H. C. (1998). *The art of happiness: A handbook for living* (1. ed.). New York: Riverhead Books.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887–904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lenderts, T. A. (1997). *Person og profesjon: om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg* (2. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk. Retrieved from <http://www.bokkilden.no/SamboWeb/produkt.do?produktId=84736>
- Lewin, R. A. (1996). *Compassion: The Core Value That Animates Psychotherapy* (1. ed.). Lanham: Jason Aronson Inc.
- Lie, H. N. (2011). *Psychotherapists' self-perceptions: Their relationship to the processes and outcomes of psychotherapy* (Doctoral dissertation). University of Oslo.

- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849–1856. doi:10.1016/j.neuroimage.2009.09.019
- Løvold, R. (2006). En ny visjon om terapeuten som person? Autentisitet, spontanitet og emosjonell tilgjengelighet i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(9), 909–916.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 32–39. doi:10.1037/0022-0167.54.1.32
- MacAdams, D. P. (1997). *The Stories We Live By: Personal Myths and the Making of the Self* (1. ed.). New York: The Guilford Press.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003
- Malan, D. H. (1995). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*, (2ed.) Oxford: Butterworths-Heinemann.
- Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri* (2. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Marmor, J. (1953). The feeling of superiority: an occupational hazard in the practice of psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 110(5), 370–376.
- Martin Buber (2007). I *Stanford Encyclopedia of philosophy*. Hentet fra <http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/buber/>.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. doi:10.1002/job.4030020205
- McCollum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using Mindfulness Meditation to Teach Beginning Therapists Therapeutic Presence: A Qualitative Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(3), 347–360. doi:10.1111/j.1752-0606.2010.00214.x
- McCullough, L., & Andrews, S. (2001). Assimilative Integration: Short-term Dynamic Psychotherapy for Treating Affect Phobias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 82–97. doi:10.1093/clipsy.8.1.82
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating Affect Phobia: A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy* (1. ed.). New York: The Guilford Press.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Valen, J., Hatch, D., & Osimo, F. (2003). The reliability of the Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS): a research and teaching tool for psychotherapy. *Journal of Brief Therapy*, 2, 75–90.
- McCullough, L., & Magill, M. (2009). Affect-Focused Short-Term Dynamic Therapy. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (1. ed., pp. 249–277). Humana Press. Retrieved from http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-59745-444-5_11
- McCullough, L., & Thornes, K. (2007). Self Compassion: An important key to emotional well-being. *The Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Therapy: Practice and Theory*, 11(1), 35–48.
- McMahon, A. (2012). “It’s hard to feel on the ball’: practising psychotherapy as a clinical psychologist. *The Irish Journal of Psychology*, 33(1), 1–16. doi:10.1080/03033910.2011.649568
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic Psychotherapy: A Practitioner’s Guide* (1. ed.). New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Gillath, O., & Nitzberg, R. A. (2005). Attachment, Caregiving, and Altruism: Boosting Attachment Security Increases Compassion and Helping.

- Journal of Personality and Social Psychology*, 89(5), 817–839. doi:10.1037/0022-3514.89.5.817
- Mikulincer, M., & Sheffi, E. (2000). Adult Attachment Style and Cognitive Reactions to Positive Affect: A Test of Mental Categorization and Creative Problem Solving. *Motivation and Emotion*, 24(3), 149–174. doi:10.1023/A:1005606611412
- Moore, P. (2008). Introducing mindfulness to clinical psychologists in training: An experiential course of brief exercises. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 331–337.
- Moore, S. M. (2013). *What is the best predictor of emotional distress; mindfulness, self-compassion or other-compassion?* (Doctoral dissertation). University of East Anglia.
- Neely, M., Schallert, D., Mohammed, S., Roberts, R., & Chen, Y.-J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88–97. doi:10.1007/s11031-008-9119-8
- Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. doi:10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. doi:10.1080/15298860309027
- Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept. In H. A. Wayment & J. J. Bauer (Eds.), *Transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego*. (pp. 95–105). Washington: American Psychological Association. Retrieved from <http://content.apa.org/books/11771-009>
- Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1–12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and Compassion in Psychotherapy* (1. ed., pp. 79–92). New York: Guilford Press. Retrieved from <https://webpace.utexas.edu/neffk/pubs/SC%20Germer%20Chapter.pdf>
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). The Role of Self-compassion in Romantic Relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78–98. doi:10.1080/15298868.2011.639548
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. doi:10.1002/jclp.21923
- Neff, K. D., Hsieh, Y.-P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self and Identity*, 4(3), 263–287. doi:10.1080/13576500444000317
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240. doi:10.1080/15298860902979307
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23–50. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Newsome, S., Waldo, M., & Gruszka, C. (2012). Mindfulness group work: Preventing stress and increasing self-compassion among helping professionals in training. *Journal for Specialists in Group Work*, 37(4), 297–311. doi:10.1080/01933922.2012.690832

- Nutt Williams, E., & Fauth, J. (2005). A Psychotherapy process study of therapist in session self-awareness. *Psychotherapy Research*, 15(4), 374–381. doi:10.1080/10503300500091355
- Okkenhaug, B. (2009). *Når jeg skjuler mitt ansikt - perspektiver på skam* (1. ed.). Oslo: Verbum Forlag.
- Olaussen, I. M., Skaar, E., Hauge, L. J., & Skogstad, A. (2010). Utbrenthet blant psykologer med kortere ansiennitet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(3), 195–202.
- Passer, M. W., & Smith, R. E. (2008). *Psychology: The Science of Mind and Behavior* (4. ed.). New York: McGraw Hill.
- Patsiopoulos, A., & Buchanan, M. (2011). The practice of self-compassion in counseling: A narrative inquiry. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(4), 301–307. doi:10.1037/a0024482
- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 129–143. doi:10.1348/147608309X471000
- Petersen, L.-E. (2014). Self-compassion and self-protection strategies: The impact of self-compassion on the use of self-handicapping and sandbagging. *Personality and Individual Differences*, 56, 133–138. doi:10.1016/j.paid.2013.08.036
- Pistole, M. C., & Watkins, C. E. (1995). Attachment Theory, Counseling Process, and Supervision. *The Counseling Psychologist*, 23(3), 457–478. doi:10.1177/0011000095233004
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Radeke, J. A. T., & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 82–84. doi:10.1037/0735-7028.31.1.82
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757–761. doi:10.1016/j.paid.2010.01.023
- Raes, F. (2011). The Effect of Self-Compassion on the Development of Depression Symptoms in a Non-clinical Sample. *Mindfulness*, 2(1), 33–36. doi:10.1007/s12671-011-0040-y
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250–255. doi:10.1002/cpp.702
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2011). Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Trainee Clinical Psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(02), 235–241. doi:10.1017/S1352465810000731
- Ringebach, R. T. (2009). *A comparison between counselors who practice meditation and those who do not on compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout and self-compassion* (Doctoral dissertation). University of Akron.
- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Journal of Treatment Evaluation*, 5(3), 132–139.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5–44.

- Rønnestad, M., & Skovholt, T. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. [References]. *Journal of Career Development*, 30(1), 5–44. doi:http://dx.doi.org/10.1023/A:1025173508081
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Saakvitne, K. W. (2002). Shared Trauma: The Therapist's Increased Vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(3), 443–449. doi:10.1080/10481881209348678
- Sagarin, B. J., Cialdini, R. B., Rice, W. E., & Serna, S. B. (2002). Dispelling the illusion of invulnerability: The motivations and mechanisms of resistance to persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 526–541. doi:10.1037/0022-3514.83.3.526
- Sauer, E. M., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371–382.
- Schanche, E., Stiles, T., McCullough, L., Svartberg, M., & Nielsen, G. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy*, 48(3), 293–303. doi:10.1037/a0022012
- Sedikides, C., Rudich, E. A., Gregg, A. P., Kumashiro, M., & Rusbult, C. (2004). Are Normal Narcissists Psychologically Healthy?: Self-Esteem Matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 400–416. doi:10.1037/0022-3514.87.3.400
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O., & Arkowitz, H. (2012). A Pilot Investigation of Emotion-Focused Two-Chair Dialogue Intervention for Self-Criticism: Two-Chair Dialogue Intervention for Self-Criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(6), 496–507. doi:10.1002/cpp.762
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164–176. doi:10.1037/1072-5245.12.2.164
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. doi:10.1037/1931-3918.1.2.105
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133–161. doi:10.1080/14616730210154171
- Skovholt, T. M. (2005). The Cycle of Caring: A Model of Expertise in the Helping Professions. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1), 82–93.
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45–58. doi:10.1023/A:1025125624919
- Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. J. (2011). *The Resilient Practitioner: Burnout Prevention and Self-Care Strategies for Counselors, Therapists, Teachers, and Health Professionals* (2. ed.). New York: Routledge.
- Slavin, J. H. (1998). Influence and vulnerability in psychoanalytic supervision and treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 15(2), 230–244. doi:10.1037/0736-9735.15.2.230
- Sømme, R. (2005). Behandleren i psykisk helsevern – motpart eller medspiller? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(7), 635–639.
- Stålsett, S. J. (2007). Homo vulnerabilis - det sårbare mennesket. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(11), 1408–1409.

- Stamm, B. H. (2005). *The professional quality of life scale: compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue/secondary trauma scales*. Latherville MD: Sidran Press.
Retrieved from <http://compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>
- Stone, D. (2008). Wounded healing: Exploring the circle of compassion in the helping relationship. *The Humanistic Psychologist*, 36(1), 45–51.
- Strand, N. (2012). Psykologer i skvis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(3), 269–274.
- Strømme, H. (2012a). *Confronting helplessness* (Doctoral dissertation). Universitetet i Oslo.
- Strømme, H. (2012b). Confronting helplessness: A study of the acquisition of dynamic psychotherapeutic competence by psychology students. *Nordic Psychology*, 64(3), 203–217. doi:10.1080/19012276.2012.731314
- Strømme, H., & Gullestad, S. E. (2012). Disclosure or non-disclosure? *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 35(2), 105–115. doi:10.1080/01062301.2012.10662648
- Sussman, M. (1995). *A Perilous Calling: The Hazards of Psychotherapy Practice* (1. ed.). New York: Wiley.
- Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10(3), 352–362. doi:10.1080/15298868.2011.558404
- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 25–52. doi:10.2307/1166137
- Ulvenes, P. al G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, 49(3), 291–302. doi:10.1037/a0027895
- Valen, J., Ryum, T., Svartberg, M., Stiles, T. C., & McCullough, L. (2011). The Achievement of Therapeutic Objectives Scale: Interrater reliability and sensitivity to change in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy. *Psychological Assessment*, 23(4), 848–855. doi:10.1037/a0023649
- Valente, V., & Marotta, A. (2005). The impact of yoga on the professional and personal life of the psychotherapist. *Contemporary Family Therapy*, 27(1), 65–80. doi:10.1007/s10591-004-1971-4
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123–130. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.011
- Vivino, B. L., Thompson, B. J., Hill, C. E., & Ladany, N. (2009). Compassion in psychotherapy: The perspective of therapists nominated as compassionate. *Psychotherapy Research*, 19(2), 157–171. doi:10.1080/10503300802430681
- Vulnerable (2014), Online Etymology Dictionary hentet fra http://www.etymonline.com/index.php?allowed_in_frame=0&search=vulnerable&searchmode=none
- Wallace, B. A., & Shapiro, S. L. (2006). Mental balance and well-being: building bridges between Buddhism and Western psychology. *American Psychologist*, 61(7), 690. doi:10.1037/0003-066X.61.7.690
- Walsh, S., & Cormack, M. (1994). “Do as we say but not as we do”: Organizational, professional and personal barriers to the receipt of support at work. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(2), 101–110. doi:10.1002/cpp.5640010207
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914–923. doi:10.1037/0022-006X.73.5.914

- Wearden, A. J., Lambertson, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 279–288. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.09.010
- Wei, M., Liao, K., Ku, T.-Y., & Shaffer, P. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality*, 79(1), 191–221. doi:10.1111/j.1467-6494.2010.00677.x
- Weibel, D. T. (2007). *A Loving-kindness Intervention: Boosting Compassion for Self and Others* (Doctoral dissertation). Ohio University.
- Welt, S. R., & Herron, W. G. (1990). *Narcissism and the Psychotherapist*. New York: Guilford Press.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (1. ed., pp. 13–37). New York: Guilford Press.
- Werner, K., Jazaieri, H., Goldin, P., Ziv, M., Heimberg, R., & Gross, J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 25(5), 543–558. doi:10.1080/10615806.2011.608842
- Williams, M. B., & Sommer Jr., J. F. (1995). Self-care and the vulnerable therapist. In *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 230–246). Baltimore MD: The Sidran Press.
- Winnicott, D. W. (2005). *Playing and Reality* (2. ed.). New York: Routledge.
- Wood, B. J., Klein, S., Cross, H. J., Lammers, C. J., & Elliott, J. K. (1985). Impaired practitioners: Psychologists' opinions about prevalence, and proposals for intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(6), 843–850. doi:10.1037/0735-7028.16.6.843
- Wrangsjö, B. (1997). *Mötas och växa. Reflexioner kring psykoterapeutyrket* (2. ed.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Yalom, I. (2008). *Å stirre på solen* (1. ed.). Oslo: Arneberg forlag.
- Yalom, I. (2009). *Terapiens gave* (1. ed.). Oslo: Pax Forlag.
- Young-Eisendrath, P. (2001). When the fruit ripens: Alleviating suffering and increasing compassion as goals of clinical psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 70(1), 265–285. doi:10.1002/j.2167-4086.2001.tb00599.x
- Zabelina, D., & Robinson, M. (2010). Don't be so hard on yourself: Self-compassion facilitates creative originality among self-judgmental individuals. *Creativity Research Journal*, 22(3), 288–293. doi:10.1080/10400419.2010.503538
- Zerubavel, N., & Wright, M. O. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482–491. doi:10.1037/a0027824